







ATLAS

der

GEISTESKRANKHEITEN

im Anschluss an

Sommer's Diagnostik der Geisteskrankheiten.

Von

Dr. A. Alber,

Assistent an der psychiatrischen Klinik in Giessen.

Mit einem Vorwort

von

Prof. Dr. R. Sommer,

Director der psychiatrischen Klinik in Giessen.

Mit 110 Illustrationen.

URBAN & SCHWARZENBERG

BERLIN
NW., Dorotheenstrasse 38/39.

WIEN
I., Maximilianstrasse 4.

1902.



Vorwort.

Im Zusammenhang mit dem Bestreben zur genaueren Analyse der bei den Geisteskranken zu beobachtenden Zustände, welches in dem „Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden“ dargestellt worden ist, hat sich durch konsequente Anwendung der dort beschriebenen Methoden im Betrieb der psychiatrischen Klinik zu Giessen seit ihrer 1896 erfolgten Eröffnung eine Menge von Arbeitsprodukten angesammelt, deren Ordnung und literarische Darstellung angebracht erscheint. Unter anderem verlangte das mit den optischen Methoden gewonnene Material, welches in Form von Photographien, besonders Stereoskop-Porträts, Diapositiven u. s. f. ein weites Gebiet klinischer Erscheinungen umfasst, eine Sichtung.

Von der vorhandenen Sammlung konnte nur ein geringer Teil zur Veröffentlichung gelangen.

Dabei galt es einerseits, die physiognomischen Züge nach klinischen Gesichtspunkten zusammenzustellen, andererseits die technischen Besonderheiten der Aufnahme, welche die klare Hervorhebung bestimmter Erscheinungen ermöglichen, kenntlich zu machen.

In Bezug auf den ersten Punkt lag es nahe, die Sammlung von Porträts der Gruppierung von Krankheitsformen in der „Diagnostik der Geisteskrankheiten“ anzupassen, während in technischer Beziehung die entsprechenden Ausführungen in dem „Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden“ zu Grunde liegen.

Ich hoffe, dass in beiden Richtungen die von Herrn Assistenzarzt Dr. Alber durchgeführte Arbeit dem Interesse der methodischen Psychopathologie dienen wird.

Vielleicht kann auch der allgemeinen physiognomischen Wissenschaft diese einfache Sammlung von genau beobachteten Erscheinungen von Nutzen sein.

Giessen, November 1901.

Professor Sommer.



Einleitung.

Der vorliegende Atlas verdankt seine Entstehung der vielfältigen Anregung, welche die Beschäftigung in der psychiatrischen Klinik in Giessen mir gebracht hat.

Es ist unzweifelhaft, dass in der Psychiatrie das Bedürfnis besteht, die komplizierten Krankheitserscheinungen, welche zur Beobachtung gelangen, auf diese oder jene Weise zu einer objektiven Darstellung zu bringen. Gewiss kann vieles durch die einfache Beschreibung wiedergegeben werden. Allein hierbei liegt die Gefahr immer wieder nahe, dass in den wiedergegebenen Beobachtungen ein subjektives Moment zum Ausdruck kommt, welches bei der Beurteilung der Resultate wesentlich berücksichtigt werden muss.

Besonders schwierig liegen die Verhältnisse bei der Schilderung physiognomischer und mimischer Erscheinungen. Selbst wenn ein Gesichtsausdruck durch längere Zeit festgehalten wird, ist es oft beinahe unmöglich, alle Feinheiten und besonders alle charakteristischen Innervationen zu beschreiben, ganz abgesehen von denjenigen Geisteskrankheiten, bei welchen Haltung und Ausdruck fortwährenden Veränderungen unterworfen sind.

Hier tritt die Reproduktion mittelst technischer Hilfsmittel in ihr Recht. Den Zweck naturgetreuer Wiedergabe einer Physiognomie, eines mimischen Ausdrucks, einer Haltung oder Phase der Bewegung würde am zweckmässigsten die Plastik erfüllen. Aus technischen Gründen ist diese Art der Wiedergabe zur Zeit jedoch unmöglich. An ihre Stelle tritt mit Erfolg die Reproduktion mittelst optischer Verfahren, speciell mittelst der Photographie. Hierbei verdient die Stereoskopie zweifellos den Vorrang vor der einfachen, zweidimensionalen Aufnahme. In der That sind auch mit ganz wenigen Ausnahmen sämtliche in dem Atlas enthaltenen Bilder von mir stereoskopisch aufgenommen worden. Einer Vervielfältigung derselben als Stereoskopbilder haben sich jedoch finanzielle und technische Schwierigkeiten entgegengestellt, so dass die einfache, flächenhafte Darstellung gewählt werden musste. Durch das anerkennenswerte Entgegenkommen meines Herrn Verlegers ist die Wiedergabe der einzelnen Bildhälften eine so gute geworden, dass der Verzicht auf die dreidimensionale Darstellung als Mangel kaum empfunden werden wird.

Bei der Aufnahme der Bilder kam es hauptsächlich darauf an, das Wesentliche und Charakteristische der physiognomischen und mimischen Eigen-

tümlichkeiten wiederzugeben. Hier erhoben sich naturgemäss Schwierigkeiten aller Art, teilweise bedingt durch die Lichtverhältnisse der Krankenräume, teilweise durch das Verhalten der Kranken selbst. Im allgemeinen wurde grundsätzlich an den Forderungen festgehalten, welche Sommer für psychiatrische Aufnahmen formuliert hat.[1]) Demzufolge wurden die photographischen Aufnahmen nach Möglichkeit an Ort und Stelle gemacht, d. h. der Kranke wurde, wenn es die Lichtverhältnisse irgend wie erlaubten, an dem Platze aufgenommen, an dem er sich gewöhnlich befand. War dies nicht angängig, so wurde versucht, den Patienten durch die Verbringung in einen anderen Raum (gewöhnlich das ärztliche Untersuchungszimmer) in seinem Verhalten nicht allzusehr zu beeinflussen. Dies wurde häufig dadurch erreicht, dass der Apparat nicht sofort nach der Ueberführung in Thätigkeit gesetzt wurde, sondern erst versucht wurde, den Patienten durch Unterhaltung u. dgl. abzulenken und das häufig auftretende Misstrauen zu beseitigen.

Als Aufnahme-Apparat diente eine Stativ-Camera 13 × 18 mit stereoskopischer Einrichtung von Dr. Winzer & Co. in Dresden. Dieselbe war mit zwei sehr lichtstarken Steinheilschen Orthostigmaten F = 6,8 ausgerüstet. Als Momentverschluss wurde der Thornton-Pickard-Verschluss verwendet. Von Trockenplatten wurden meist die sogenannten Errtee-Platten von Romain Talbot in Berlin benutzt. Die letztgenannte Firma lieferte auch das empfehlenswerte Sylvio-Positiv-Papier. Entwickelt wurde gewöhnlich mit Methol. Sämtliche technischen Arbeiten hat der Verfasser selbst ausgeführt.

Die Aufnahmen selbst sind meist Tageslicht- und Momentaufnahmen. Wenn die Lichtverhältnisse schlechte waren, wurde nach dem Vorgange Sommers[2]) mit Erfolg Magnesiumlicht zur Ergänzung der Lichtstärke angewendet. Bei den meisten Aufnahmen ist eine Beleuchtung von vorne nach Möglichkeit vermieden. Durch ein gerade auffallendes Licht werden die feineren Innervationen der Gesichts- und Stirnmuskulatur häufig völlig verwischt, während die leichte Schattenbildung, welche schief auffallendes Licht verursacht, die Furchen der Haut z. B. deutlich heraushebt.

Die in dem Atlas enthaltenen Porträts stellen in der überwiegenden Mehrzahl Patienten der Klinik dar. Die Gehirnabbildungen sind nach Präparaten der pathologisch-anatomischen Sammlung der Klinik hergestellt, die Schädelbilder habe ich mit einer Ausnahme der klinischen Schädelsammlung[3]) entnommen.

Die Gruppierung der Bilder ist im allgemeinen der Einteilung der Geisteskrankheiten angeschlossen, welcher Sommer in seiner psychiatrischen Diagnostik[4]) gefolgt ist. Nur der Platz für die periodischen Geistesstörungen hat sich etwas verschoben.

---

[1]) Vergl. Sommer, Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden 1899, S. 6.

[2]) Vergl. Sommer, ibidem.

[3]) Geschenk des Herrn Obermedicinalrates von Hölder in Stuttgart.

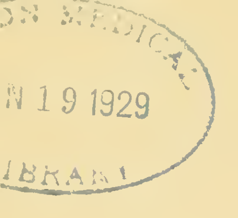
[4]) Vergl. Sommer, Diagnostik der Geisteskrankheiten, zweite Auflage 1901, Verlag von Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien.

Es liegt in der Natur der Sache, dass das Material zu dem Atlas kein vollständiges sein konnte. Einzelne Geisteskrankheiten sind ihrer Wichtigkeit entsprechend in grösserer Anzahl geschildert, andere in geringerer. Mehrere Krankheitsbilder mussten überhaupt ausgelassen werden. Was den begleitenden Text betrifft, so habe ich mich auf das Notwendigste beschränkt, um den Charakter des Buches als Atlas zu wahren. Es sind deshalb nur kurze Auszüge aus den Krankengeschichten gegeben. Daneben wird auf das Wesentliche und Beachtenswerte bei den Abbildungen aufmerksam gemacht und endlich eine kurze Notiz über die Technik angefügt. In bezug auf alles weitere muss auf die psychiatrische Diagnostik verwiesen werden, zu welcher der Atlas in enger Beziehung steht und für die er eine bildliche Ergänzung darstellen soll. Dem Verfasser der genannten Diagnostik Herrn Professor Sommer, meinem hochverehrten Chef und Lehrer, sage ich an dieser Stelle für seine Unterstützung, die Ueberlassung des Materials und die Erlaubnis zur Veröffentlichung den ergebensten Dank. Ich bin seiner Aufforderung zur Herausgabe des Atlanten um so freudiger gefolgt, als sich durch eine mehrjährige Thätigkeit an der psychiatrischen Klinik zu Giessen in mir die Ueberzeugung befestigt hat, dass in der Anwendung der Photographie ein wichtiges Hilfsmittel für die Diagnose psychopathologischer Zustände gegeben ist. Auch von anderer Seite wird in den letzten Jahren die Brauchbarkeit der bildlichen Darstellung mehr und mehr anerkannt und in den Lehrbüchern der Psychiatrie sind in zunehmendem Masse Abbildungen von Geisteskranken enthalten. Wenn die Auswahl von Bildern auf den folgenden Tafeln dazu beitragen wird, der optischen Darstellung psychischer Kranhheitszustände neue Freunde zuzuführen, so hat der Atlas noch einen besonderen Zweck erfüllt. Dass er aber vor allen Dingen zur Förderung der Erkenntnis geistiger Störungen dienen möge, ist mein lebhafter Wunsch.

Der Verfasser.



Abbildungen und Erläuterungen.



Tafel I. Abbildungen 1 und 2.

Klinisches: Progressive Paralyse.

K. W. aus M. 30 Jahre alt. Eintritt in die psychiatrische Klinik am 27. Februar 1901.

Keine hereditäre Belastung. Normale Jugendentwickelung. Luetische Infection im 21. Lebensjahre. Verheiratet. Von drei Kindern ist eines kurz nach der Geburt gestorben, zwei weitere leben und sind gesund. Die Krankheit wurde bei Gelegenheit der Behandlung eines Panaritiums zufällig entdeckt. Dieselbe entwickelte sich rasch. W. arbeitete nicht mehr, zeigte herabgesetzte Intelligenz, schlechtes Gedächtnis, depressive Wahnvorstellungen. Vernachlässigte sich stark, liess Kot und Urin unter sich.

Bei der Aufnahme in die Klinik wurde von körperlichen Symptomen festgestellt: untermittelweite Pupillen, welche auf Lichteinfall nur minimal reagierten, gesteigerte Patellarreflexe, Schwanken bei geschlossenen Augen, Sprachstörung. Auf psychischem Gebiete bestanden Gedächtnisschwäche, Intelligenzstörungen, Aengstlichkeit in Folge hypochondrisch-depressiver Vorstellungen. Dabei sehr gute Nahrungsaufnahme. Bald rasche Verschlimmerung. Wechselnd Erregungszustände und depressives Verhalten. Starke Salivation. Allmählich Entwickelung von Grössenideen. Zunehmende motorische Unruhe. Rasche Verblödung. Typische paralytische Schrift. Völlige Pupillenstarre. Am 24. Mai Ueberführung in die Landesanstalt.

Auf dem ersten Bild, welches den Patienten im Beginn der Behandlung zeigt, noch ziemlich viel Haltung. Gesichtszüge schlaff, Blick ausdruckslos. Auf dem zweiten Bild stärkere Innervation der Stirne, blöder Gesichtsausdruck, körperlicher Rückgang.

Der rasche Fortschritt, welchen die Krankheit in zweieinhalb Monaten gemacht hat, ist bei Vergleichung der beiden Photographien unverkennbar.

Technisches: Bei Abbildung 1 ist von vorne auffallendes Licht gewählt. Es sind dadurch die feineren Innervationsverhältnisse weniger deutlich und zum Theil verwischt. Bei Abbildung 2 befindet sich die Lichtquelle (Tageslicht) seitlich. Dadurch wird besonders die Stirninnervation deutlich und das Bild gewinnt wesentlich an Plastik.

TAFEL I.



Abb. 1.



Abb. 2.

Tafel II. Abbildungen 3 und 4. Tafel III. Abbildung 5.

Klinisches: Progressive Paralyse.

B. S. aus M. 33 Jahre alt. Eintritt in die psychiatrische Klinik am 16. Juni 1900.

Keine hereditäre Belastung. Wuchs zu Hause auf, machte eine normale Jugendentwickelung durch. Lernte in der Schule sehr gut, betrieb das Uhrmacherhandwerk. Einmal gonorrhoisch inficiert. Trank nicht. Lebte solid. Heirat vor 7 Jahren. Ein gesundes Kind. Zwei Fehlgeburten. Beginn der Erkrankung Ostern 1900 mit nervösen Erscheinungen. Vernachlässigte seine Arbeit, trieb sich unthätig umher. Weiterhin Beziehungsvorstellungen: die Leute sprächen über ihn. Depressives Wesen. Nach der Aufnahme bald ängstlicher Erregungszustand mit motorischer Unruhe.

Von körperlichen Symptomen erwähnenswert: Linke Pupille weiter als rechte, beiderseits träge Reaction bei Lichteinfall. Patellarreflexe gesteigert, links mehr wie rechts. Zittern der herausgestreckten Zunge. Puls beschleunigt. Ziemlich erhebliche-Sprachstörung. Psychisch traten hauptsächlich hervor: Wahnvorstellungen, besonders Beeinträchtigungsideen, Mangel an Aufmerksamkeit, schlechtes Concentrationsvermögen, Kritiklosigkeit, stark herabgesetzte intellectuelle Fähigkeiten. Bald rasche Verschlimmerung. Apathisches Wesen. Spannungszustände mit kataleptischen Zügen. Starrer Gesichtsausdruck. Sprachliche Hemmung bis zu völligem Mutismus. Allmählicher Uebergang in motorische Erregung. Hervortreten von Grössenideen, dann starke Depression. Trotzdem Zunahme des Körpergewichts bei gieriger Nahrungsaufnahme. Mitte October 1900 völlige Pupillenstarre. Erneutes Auftreten von Grössenideen, euphorischer Zustand. Dann dauernd laut und erregt. Dabei katatonische Züge. Steht stundenlang auf demselben Platz in derselben Haltung, wiederholt immer wieder dieselben Bewegungen, zeigt sprachliche Iterativerscheinungen. Allmählich stärkere Verblödung, wechselt in seinen stereotypen Wortreihen immer weniger ab, wiederholt z. B. tagelang „Salat und Eier", „viele Hirsch und Reh'", „Diebe, habt gestohlen. Wart' nur, werd't alle aufgehängt" u. s. f. Steht solange auf einem Fleck, dass oedematöse Schwellung der Unterschenkel eintritt. Geräth in die heftigste Erregung, wenn sein Bettzeug angefasst wird, in welchem er „Uhren, Maschinen, Geld" verwahrt. Isst gierig mit den Händen. Lässt sich nicht ankleiden. Muss, ehe er (Anfang Mai) transferirt werden kann, mehrere Tage hindurch an das Anlegen von Kleidern gewöhnt werden.

Auf dem mit No. 3 bezeichneten Bild, welches den Patienten bald nach seinem Eintritt in die Klinik darstellt, kommt der vorerwähnte stuporöse Zustand mit starker motorischer und sprachlicher Hemmung deutlich zum Ausdruck. Die Innervation des Gesichtes ist eine ziemlich beträchtliche, was sich besonders durch das starke Anpressen des Unterkiefers gegen den Oberkiefer äussert. Das Bild No. 4 zeigt den Kranken in einem vorgeschritteneren

TAFEL II.

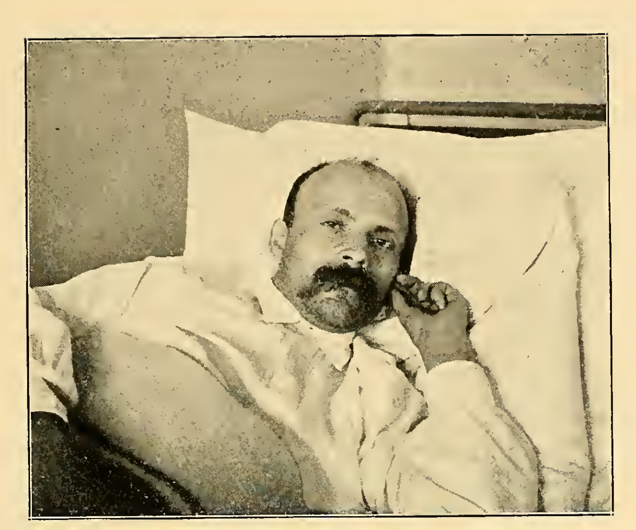


Abb. 3.



Abb. 4.

Zustande. Der Gesichtsausdruck ist ein völlig veränderter. Während vorher die Horizontalfalten an der Stirn mehr zur Geltung kameu, zeigen sich jetzt scharf eingeschnittene Vertikalfalten. Die Nasolabialfalten sind verstrichen.

Auf der Abbildung No. 5 endlich ist der Krankheitszustand kurz vor der Entlassung aus der Klinik geschildert. Das linke Auge ist etwas weniger geöffnet als das rechte. Neben dem blöden Gesammtausdruck macht sich noch ein gewisses feindselig-argwöhnisches Moment bei dem Patienten bemerkbar, was vielleicht darauf zurückzuführen ist, dass er die Wegnahme seiner „Uhren“ oder dergl. befürchtet.

Technisches: Die Aufnahmen sind an drei verschiedenen Plätzen gemacht. Aufnahme 3 im Wachsaal mit seitlichem Licht. Durch die Schattenbildung wirkt die Photographie äusserst plastisch. No. 4 ist bei von vorne auffallendem Licht im Untersuchungszimmer und die fünfte Aufnahme im Einzelzimmer gemacht worden. Bei dem letzteren Bilde wurde eine Combination von Magnesiumlicht mit Tageslicht angewendet.

Tafel III. Abbildung 6.

Klinisches: Progressive Paralyse.

K. G. aus N. 41 Jahre alt. Früher Kaufmann. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 8. Mai 1900.

Ohne hereditäre Belastung. Normale Jugendentwickelung. Wechselte vielfach seine Stellung. Infection nicht nachweisbar. Lebte von der Frau getrennt. Beginn der Krankheit vor einem Jahre. Sollte in eine Anstalt, besserte sich aber. Einige Tage vor dem Eintritt heftiger Erregungszustand. Bedrohte seine Umgebung. Wurde gemeingefährlich.

Körperliche Symptome: Träge Pupillenreaction, leicht gesteigerte Patellarreflexe, Parese der Gesichtsmuskeln, stotternde Sprache. Auf psychischem Gebiete: Gedächtnisstörungen, Urteilslosigkeit, Selbstüberschätzung.

Nach der Aufnahme starke motorische Erregung, euphorisches Wesen, Grössenideen: Millionen flössen ihm zu, seine Stimme sei das höchste, was es gebe und ähnliches. Muss separirt werden. Zerreisst Wäschestücke, schmiert mit Kot. Guter, körperlicher Allgemeinzustand. Reichliche Nahrungsaufnahme. Wird nach einer Woche in die Landesanstalt überführt.

Auf der Abbildung ist die Schlaffheit der Gesichtsmuskulatur deutlich erkennbar. Der Gesichtsausdruck ist in Folge des vorgeschobenen Unterkiefers ein brutal — zerstörungssüchtiger.

Technisches: Die Aufnahme ist im Untersuchungszimmer bei von vorne auffallendem Lichte gemacht. In Folge dessen erscheint die Stirne, besonders in der mittleren Partie, auffallend glatt.

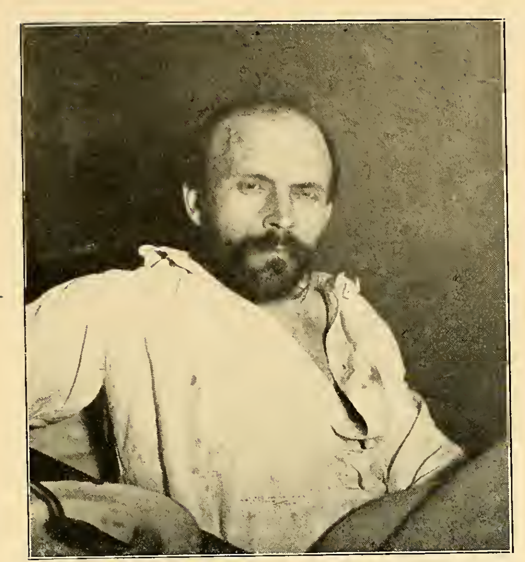


Abb. 5.

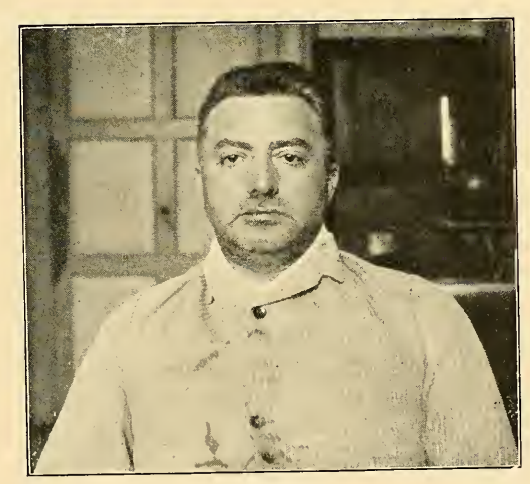


Abb. 6.

Tafel IV. Abbildungen 7 und 8.

Klinisches: Progressive Paralyse.

Q. M. aus H., 49 Jahre alt. Eintritt in die psychiatrische Klinik am 8. Juli 1900.

Der Vater endete durch Suicid, ein Muttersbruder geistesgestört, verblödet. Normale Jugendentwickelung. Lernte in der Schule leicht. Machte den Feldzug 1870/71 mit, seither „rheumatische Beschwerden.“ War einmal „geschlechtskrank.“ Verheiratet, 6 gesunde Kinder. Wurde einige Wochen vor der Aufnahme nachlässig in der Buchführung, machte konfuse Bestellungen, kaufte in unsinniger Weise ein. Bald Auftreten von Grössenideen. Wollte Krankenhäuser, Hotels, Dampfschiffe bauen, eine Riesenbank gründen, Weltreisen unternehmen. Sollte in eine Kaltwasserheilanstalt, wo die Aufnahme verweigert wurde. Beging kurz vor dem Eintritt in die Klinik noch sexuelle Ausschreitungen.

Körperlicher Befund: Rechte Pupille erheblich weiter, als linke. Beiderseits träge Reaktion. Geringer Tremor der ausgestreckten Finger. Kein Schwanken bei geschlossenen Augen. Patellarreflexe auslösbar. Psychisches Bild hauptsächlich ausgezeichnet durch die stark hervortretenden Grössenideen, in welchen ein aktives Moment steckt. Er will seine Heimatstadt einreissen lassen und neu aufbauen, die Erde zu einem Paradies gestalten, jeden Menschen glücklich machen. Daneben völlige Kritiklosigkeit für seine Lage und seine Umgebung, ungenügende Orientiertheit, Gedächtnisschwäche, Intelligenzdefekte. Beim Schreiben lässt er stets die Endsilben aus.

Im Verlaufe der Behandlung rasches Auftreten von Erregungszuständen. Am 18. Juli subjektives Unbehagen. Kurz darauf paralytischer Anfall. Fällt plötzlich bewusstlos um. Cyanotisches Gesicht. Klonische Zuckungen der ganzen rechten Körperhälfte, besonders des rechten Gesichtes. Beide Pupillen starr, die rechte etwa doppelt so weit, als die linke. 120 Pulsschläge in der Minute. Kurzes Inspirium, langes Exspirium. Temperatur 38,6° C. Patellarreflexe anfänglich noch auslösbar, später nicht mehr. Die Zuckungen greifen allmählich auf den ganzen Körper über und hören erst nach 3 Stunden auf. Mehrtägige Bewusstlosigkeit. Ganz allmähliche Besserung. Dann wieder starke motorische Erregung bis zur Ueberführung in eine Pflegeanstalt.

Die Abbildungen 7 und 8 stellen zwei Phasen im Verlauf des geschilderten schweren paralytischen Anfalles dar. Auf beiden Bildern ist eine therapeutische Massnahme ersichtlich, nämlich die Anwendung eines Eisbeutels.

Das erste Bild zeigt den Patienten mit nach rechts gewendetem Kopf. Der Mund ist halb geöffnet, rechts mehr wie links. Die Bulbi stehen nach rechts, die Pupillendifferenz ist deutlich zu erkennen. Der Gesichtsausdruck ist ein furchtsamer, hilfloser.

Auf dem zweiten Bild ist der Kopf stark nach hinten in die Kissen gedrängt. Die Bulbi stehen nach oben gerichtet, der Unterkiefer hängt schlaff

TAFEL IV.



Abb. 7.

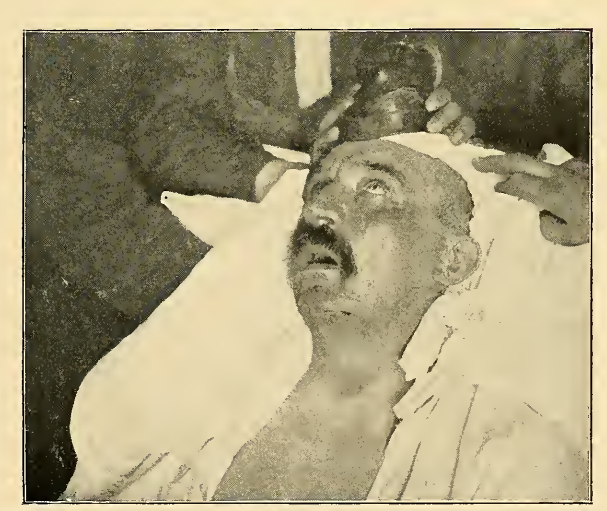


Abb. 8.

nach unten. Die Vertikalfaltung der Stirne ist eine stärkere. Das Gesicht macht den Eindruck völliger Erschöpfung.

Technisches: Beide Bilder sind an Ort und Stelle aufgenommen. Der Patient befindet sich in einem Einzelzimmer, das Tageslicht fällt etwas von der Seite auf ihn, was besonders deutlich an den Falten im Hemd und Bett erkennbar ist.

Tafel V. Abbildung 9.

Klinisches: Progressive Paralyse. Othaematom.

H. C. aus H., 42 Jahre alt. Eintritt in die psychiatrische Klinik am 27. Dezember 1898. Gestorben am 10. Mai 1899.

Ohne hereditäre Belastung. Heirat mit 29 Jahren. Hatte vier Kinder, von denen eines an Krämpfen starb, eines tot zur Welt kam. Keine körperliche Erkrankung. Ein halbes Jahr vor dem Eintritt in die Klinik Abnahme des Gedächtnisses, leichte Ermüdbarkeit, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, nervöse Kopfschmerzen. Dann Sprachstörung, Alkoholinterolanz, Krampfanfälle. Bald nach der Aufnahme Krämpfe der mimischen und Extremitätenmuskulatur, Berührung des rechten Armes erzeugt stürmischen Klonus desselben. Die körperliche Untersuchung ergiebt erheblich gesteigerten rechten Patellarreflex, der linke von normaler Intensität. Rechts deutlicher Fussklonus. Pupillen eng. Keine Reaction auf Lichteinfall. Skandierende Sprache. Auf psychischem Gebiete: Orientiertheit, schlechtes Gedächtnis, Intelligenzdefekte. Im Verlaufe der Beobachtung besonders auffallend epileptiforme Anfälle, starke Spannungszustände hauptsächlich in den Adduktoren, heftige Zuckungserscheinungen. Allmähliches Zurücktreten der Krämpfe, heftige motorische Erregung bis zur Tobsucht, schwachsinnige Grössenideen. Exitus nach stark zunehmendem körperlichem Verfall.

Das Othaematom entstand etwa Mitte März 1899 aus unbekannter Ursache, wahrscheinlich infolge Selbstbeschädigung, verursacht durch die heftige, motorische Unruhe des Patienten.

Auf der Abbildung 9 ist die starke, eiförmige Geschwulst deutlich zu erkennen. Die Fossa scaphoidea ist verschwunden, die Leiste an ihrem oberen Rand völlig verstrichen. Bemerkenswert sind auf dem Bilde weiterhin die Horizontalfaltung der Stirn und das gesenkte obere Augenlid. Der Gesichtsausdruck bekommt dadurch etwas leidendes, schmerzliches.

Technisches: Die Aufnahme des Bildes hat in einem Einzelzimmer stattgefunden, wobei das Licht etwas schief von der Seite auffiel. Wegen der Unruhe des Patienten war sie nur dadurch zu ermöglichen, dass der Kopf für kurze Zeit manuell fixiert wurde.



Abb. 9.



Abb. 10.

Tafel V. Abbildung 10. Tafel VI. Abbildungen 11 und 12.

Klinisches: Progressive Paralyse.

K. L. aus P., 60 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 25. August 1898.

Ein Mutterbruder soll epileptisch gewesen sein, ein Bruder des Patienten war geisteskrank. Wenig Kinderkrankheiten. Normale Jugendentwickelung. Keine körperlichen Krankheiten. Verheiratet. Fünf gesunde Kinder. War 16 Jahre in einem, 21 Jahre in einem zweiten Geschäft thätig. Wurde aus letzterem am 1. April 1897 entlassen, weil er auffallend schläfrig und vergesslich war, sehr schlecht schrieb und zu Zänkereien neigte. Beschäftigte sich dann anderweitig. Allmähliche Zunahme, besonders der Vergesslichkeit. Von Mitte August 1898 ab deutliche Zeichen von Geistesstörung. Wusch sich nachts stundenlang, verschloss alle Thüren, wollte morgens vom Bäcker „ein goldenes Gefäss für das Blut". Dann stark hervorbrechende sexuelle Züge und motorische Erregung. Griff am 26. August auf der Strasse einem sechsjährigen Mädchen unter die Röcke, goss auf dem Bureau Tinte zum Fenster hinaus und Vorübergehenden auf die Köpfe.

Kommt in Begleitung mit einem grossen Bündel Akten in die Klinik. Die Stimmung ist eine euphorische. Der Patient redet unaufhörlich in ziemlich zusammenhangloser Weise. Er ist nicht orientiert, schwer zu fixieren. Bei einer Intelligenzprüfung zeigt sich das Rechenvermögen für einfachere Aufgaben gut erhalten.

Von körperlichen Symptomen sind besonders erwähnenswert: Pupillen eng, linke etwas weiter als rechte. Reaktion auf Lichteinfall beinahe völlig aufgehoben. Die Patellarreflexe lassen sich nicht auslösen. Fussklonus links. Leicht häsitierende Sprache. Die Zunge wird gerade herausgestreckt, zittert sehr stark.

Im Verlaufe der Behandlung machte sich bei dem Kranken besonders eine starke sprachliche Erregung, verbunden mit mimischen und gestikulatorischen Aeusserungen bemerkbar. Den Inhalt seiner Redereien bildeten enorme Grössenideen, hauptsächlich auf sexuellem Gebiete. Dabei sprach der Patient häufig in einem sonderbar geheimnisvollen Tone, hob und senkte die Stimme nach Art eines berufsmässigen Redners. Allmählich wurden seine Aeusserungen immer verwirrter und zusammenhangloser, Beeinträchtigungs- und Vergiftungsideen traten hervor, die motorische und sprachliche Erregung nahm zu, Abnahme des Körpergewichtes trat ein. Am 3. Dezember 1898 Ueberführung in die Landesanstalt.

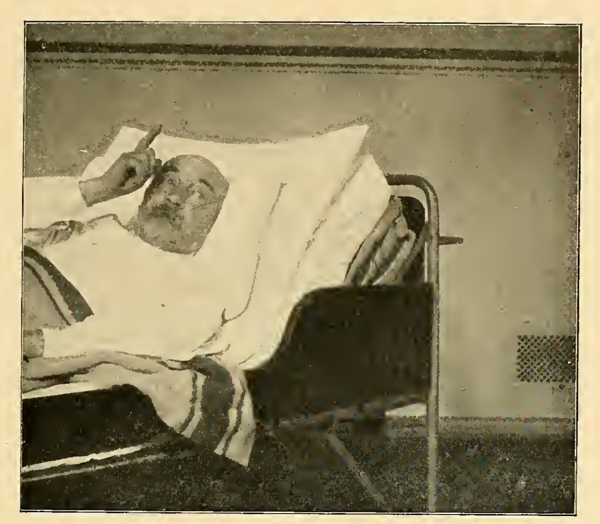


Abb. 11.



Abb. 12.

Die Abbildungen 10, 11, 12 sind Momentaufnahmen und stellen einzelne Bewegungsphasen dar.

Auf dem ersten Bild (10) streckt der Patient in pathetischer Weise die linke Hand aus. Dabei begleitet er mit ernstem, überzeugendem Gesichtsausdruck in lebhafter Bewegung seine sprachlichen Aeusserungen.

Das zweite Bild (11) zeigt den Kranken in einer anderen Geste. Er hat wie drohend den Zeigefinger erhoben, runzelt die Stirne stärker und zieht dadurch die Augenbrauen stark nach oben. Dadurch bekommt der Gesichtsausdruck etwas eindringliches.

Auf dem dritten Bild (12) ist die heftigste gestikulatorische Bewegung festgehalten. Die Arme sind stark nach aussen erhoben, die Finger weit auseinandergespreizt. Der Kopf ist zurückgebeugt, die Augen sind nach oben gerichtet. Der Gesichtsausdruck ist ein beinahe begeisterter.

Technisches: Sämtliche drei Bilder sind in einem grösseren Raume bei Tageslicht aufgenommen. Dasselbe fiel von zwei Seiten (von vorn und seitlich) auf den Patienten. Die Belichtungsdauer war eine sehr kurze.

Tafel VII. Abbildung 13.

Klinisches: Progressive Paralyse.

K. J. aus S., 43 Jahre alt, Eintritt in die psychiatrische Klinik am 1. Mai 1901.

Keine hereditäre Belastung. Entwickelte sich regelmässig. Erlitt als Kind einige „Unfälle". Lernte in der Schule sehr gut. Heiratete 1889. Hat vier gesunde Kinder. Keine luetische Infection. Zuerst im Sommer 1899 nervöse Krankheitserscheinungen. War aufgeregt, unruhig, konnte sein Arbeitspensum nicht mehr bewältigen. Ging auf einige Zeit in eine Kaltwasserheilanstalt ohne besonderen Erfolg. Gab Mitte April 1901 seine Stellung auf. War dann zu Hause, ohne sich zu beschäftigen. Ass auffallend viel. War im allgemeinen lenksam, wurde aber bei Widersprüchen erregt. Hatte nur noch Interesse für materielle Genüsse.

Die körperliche Untersuchung ergab folgendes: Beide Patellarreflexe erloschen. Schwanken beim Stehen mit aneinander gesetzten Füssen und geschlossenen Augen. Labiale Ataxie. Schwache Gesichtsinnervation. Deutliche Anästhesie beider unteren Extremitäten. Pupillen von gleichem Durchmesser, lichtstarr. Typische Sprachstörung.

Auf psychischem Gebiete: völlige Unorientiertheit, starke Intelligenzdefekte, Wechsel zwischen depressiven und euphorischen Zuständen. Nach einer Periode motorischer Erregung apathisches, affektloses Wesen. Zunehmende Verblödung. Stellt andauernd dieselben Fragen in kindischer Art und Weise. Verfügt schliesslich nur noch über einige wenige Begriffe.



Abb. 13.



Abb. 14.

Die Abbildung (13) zeigt den Kranken aufrecht im Bett sitzend. Es sind auf ihr deutlich zu erkennen die schlaffe Haltung, die geringe Gesichtsinnervation, der hängende Unterkiefer. Die Gesichtszüge haben etwas verschwommenes, der Ausdruck des Gesichtes ist ein erstaunt fragender.

Technisches: Die Aufnahme ist bei seitlichem Tageslicht auf der Isolierabteilung gemacht. Die rechte Nasolabialfalte tritt dadurch scharf hervor.

Tafel VII. Abbildung 14.

Klinisches: Progressive Paralyse.

L. N. aus L., 36 Jahre alt. Aufnahme in die psychiatrische Klinik am 18. Februar 1901.

Ohne hereditäre Belastung. Keine Kinderkrankheiten. Regelmässige Entwickelung. Angeblich keine Lues. Sechs lebende Kinder, drei totgeborene. Beginn der Erkrankung Anfang Oktober 1900. Versah seine Arbeit nicht mehr richtig, wurde nachlässig. Allmähliche Zunahme. Wurde verschlossen, hielt sich für verfolgt, trug sich mit Selbstmordgedanken.

Körperlicher Befund: Deutliche Ataxie der unteren Extremitäten, völlige Unempfindlichkeit gegen Hautreize. Pupillendifferenz: Die rechte Pupille ist bedeutend weiter, als die linke. Beide Pupillen sind lichtstarr. Rechte Nasolabialfalte verstrichen. Patellarreflexe vorhanden. Starke psychomotorische Spannung. Negativismus. Mutismus. Auf Fragen keinerlei Antwort. Spontan einige spärliche Aeusserungen. Vollständig stuporöses Verhalten. Im Juli 1901 exitus in der Landesanstalt.

Die Abbildung zeigt den Patienten in der Isolierabteilung beim Essen. Seine Aufmerksamkeit ist für einige Zeit durch Zuruf fixiert. Er hält nach Art eines Katatonikers den Löffel starr in der ausgestreckten Hand. Das Gesicht ist wenig innerviert, der Blick inhaltlos. Der Gesichtsausdruck ist ein gleichgiltiger, nichtssagender.

Technisches: Die Aufnahme wurde in der Isolierabteilung bei von vorn oben kommendem, zugleich etwas seitlichem Tageslicht gemacht. Die rechte Gesichtshälfte erscheint hierdurch stärker beleuchtet, als die linke.

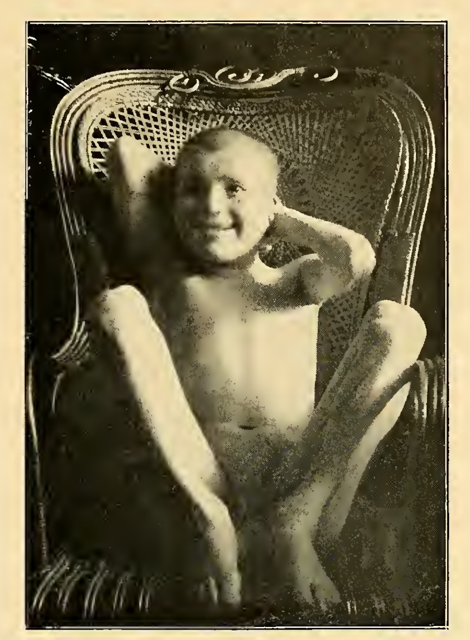


Abb. 15.

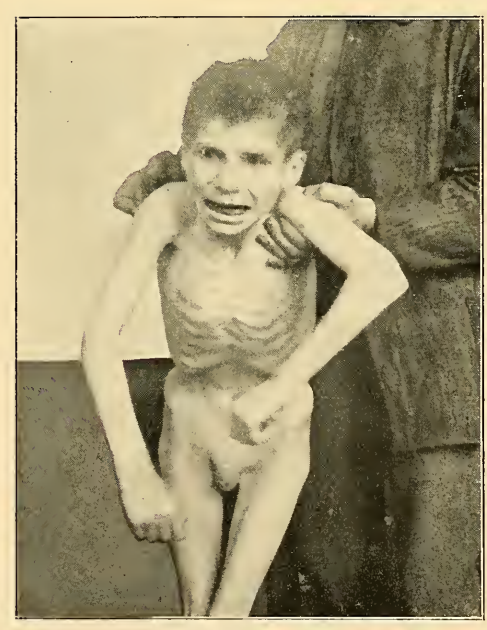


Abb. 16.

Tafel VIII. Abbildungen 15 und 16.

Klinisches: Progressive Paralyse.

M. N. aus T., 13 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 26. September 1897.

Ziemlich starke hereditäre Belastung. Der Vater hat sich aus unbekannter Ursache erhängt. Der Bruder der Mutter starb geistesgestört in einer Anstalt. Eine entferntere Verwandte der Mutter war ebenfalls geistesgestört. Eine „Base“ des Mannes hatte „die fallende Krankheit“. Normale Jugendentwickelung. Keine Krämpfe. Kam in der Schule gut mit. Zwei Jahre vor dem Eintritt in die Klinik lernte der Patient schwerer, schrieb schlecht, bekam viele Schläge. Im Frühjahr 1900 „Schnappen“ des linken Beins bemerkt. Schulentlassung wegen völliger Unfähigkeit. Seit Sommer 1900 „Krämpfe“, Unfähigkeit zu gehen, Verlust der Sprache, Schwierigkeit bei Nahrungszufuhr.

Nach dem Eintritt in die Klinik folgender körperlicher Befund: Patellarreflexe ganz erheblich gesteigert, von spastischem Charakter. Fussklonus, besonders rechts. Verzögerte und wenig ausgiebige Reaktion der Pupillen auf Lichteinfall. Unfähigkeit zu gehen. Keine sprachlichen Aeusserungen, sondern nur Weinen oder Lachen. Bauch- und Cremasterreflexe fehlen. Bei Annäherung des Fingers an den Mund saugende Bewegungen mit den Lippen. Unmöglichkeit, ihn auf irgend einen Reiz zu fixieren. Häufig Lachparoxysmen. Dann weiterhin starke Somnolenz. Anfälle. Unreinlichkeit. Störungen beim Schluckakt. Zunehmender körperlicher Verfall. Pupillendifferenz. Temperaturerhöhungen bis 40° C. Weinkrämpfe. Lockerung der Zähne. Erbrechen. Völlige Abmagerung. Körpergewichtsabnahme seit dem Eintritt in die Klinik 7,5 kg, wiegt schliesslich nur noch 20,5 kg. Exitus letalis am 18. März 1898.

Von den beiden Abbildungen zeigt die erste (15) den Patienten kurz nach seinem Eintritt in die Klinik. Er sitzt mit angezogenen Beinen und mit an den Kopf gelegten Armen auf einem Stuhl. Das Gesicht ist lachend verzogen, der Mund etwas geöffnet. Der Gesichtsausdruck ist ein kindlich neugieriger.

Auf dem Bild 16 ist der Kranke in einem vorgeschrittenerem Stadium dargestellt. Er muss gehalten werden. Die körperliche Abmagerung ist eine sehr starke. Das Gesicht ist weinerlich verzogen, der Mund ist weit geöffnet und in die Breite gezogen. Die Augen liegen tief in den Augenhöhlen. Der Gesichtsausdruck ist ein schmerzlicher.

Technisches: Die erste Abbildung ist bei seitlicher Tageslichtbeleuchtung aufgenommen. Es werden dadurch sehr starke Schatten hervorgerufen und das Gesicht besonders erscheint ausserordentlich plastisch. Bei dem zweiten Bild fällt das Licht von vorne oben. Es wird dadurch das Skelett scharf herausgehoben.

TAFEL IX.



Abb. 17.



Abb. 18.

Tafel IX. Abbildung 17.

Klinisches: Progressive Paralyse.

V. D. aus N. 50 Jahre alt (links) und N. J. aus N. 44 Jahre alt (rechts). Beide aufgenommen in die psychiatrische Klinik im Jahre 1896.

Die Patientin links stammt aus einer schwer belasteten Familie. Sie war verheiratet, trennte sich bald von ihrem Mann, betrieb eine Wirtschaft in Amerika, kam dann nach Deutschland. Seit Juli 1896 auffallende Veränderung. Wurde apathisch, gleichgiltig, stumpf, kindisch, vergesslich. Dabei hypochondrische Vorstellungen. Gleichzeitig Abmagerung.

Körperlicher Befund bei der Aufnahme: Enge Pupillen mit deutlicher, aber träger Reaktion. Gesteigerte Pastellarreflexe. Facialisparese. Psychisch Indifferentismus, völlige Unorientiertheit, Mangel an Kritik. Häsitierende, schwerfällige Sprache, ataktische Handschrift. Im Verlauf des Anstaltsaufenthalts rasche Verblödung, Pupillenstarre links. Körpergewichtsabfall von 65 kg auf 41 kg. Nach der Ueberführung in die Landesanstalt exitus letalis März 1898. Der Verlauf der Erkrankung bei der Patientin rechts ist in der Diagnostik der Geisteskrankheiten von Prof. R. Sommer, II. Auflage, Urban und Schwarzenberg 1901, S. 160 geschildert.

Die Abbildung (17) zeigt deutlich den enormen Unterschied in der körperlichen Verfassung der beiden Erkrankten. Die Patientin links hält sich ziemlich steif. Sie presst die Lippen stark zusammen. Ihr Gesichtsausdruck hat etwas misstrauisches, verkniffenes. Bei der Patientin rechts sind infolge des starken Fettansatzes die feineren Falten des Gesichtes verstrichen. Dasselbe bekommt dadurch einen verschwommenen, nichtssagenden Ausdruck.

Technisches: Die Lichtverhältnisse bei der Aufnahme waren derart, dass das Tageslicht von oben seitlich einfiel. Es treten dadurch, besonders bei der Patientin links, die physiognomischen Einzelheiten ziemlich deutlich hervor.

Tafel IX. Abbildung 18.

Klinisches: Tumor cerebri (Hypophysistumor).

D. T. aus C., 22 Jahre alt. Eintritt in die psychiatrische Klinik am 18. August 1897. Der Fall ist in der psychiatrischen Diagnostik, II. Auflage, S. 174 wiedergegeben.

Die Abbildung stellt den Patienten in sitzender Stellung dar. Es ist völlige Amaurose eingetreten. Der Kopf ist zurückgebeugt, die Lider sind weit geöffnet, die Augenbrauen nach oben gezogen. Der Unterkiefer ist etwas nach vorne geschoben. Der Gesichtsausdruck ist ein erstaunter, fragender, beinahe visionär zu nennender.

Technisches: Die Aufnahme ist bei von vorne und vorne oben auffallendem Licht gemacht. Das Gesicht erscheint dadurch glatt. Die Verhältnisse an den Augen treten deutlich hervor.

Tafel X. Abbildung 19.

Klinisches: Tumor cerebri (linkes Stirnbein).

J. T. aus H., 42 Jahre alt. Eintritt in die psychiatrische Klinik am 11. April 1901.

War bis vor zwei Jahren stets gesund. Im April 1899 trat in der Nacht ein kurz dauernder epileptiformer Anfall auf. Dann weiterhin Anfälle in Zwischenräumen von 10—12 Wochen. Seit einem Vierteljahr rapider geistiger Verfall. Bekümmerte sich nicht mehr um sein Geschäft, geriet in Konkurs. Lief ziellos in der Umgegend umher. Dann traten Sprachstörungen auf, heftiger Kopfschmerz auf der linken Seite und Parese des rechten Arms und Beins stellten sich ein. Ferner wurde Stauungspapille festgestellt. T. wurde zunächst in die chirurgische Klinik gebracht, von dort in sehr stark vorgeschrittenem Zustand in die psychiatrische Klinik verlegt. Von körperlichen Symptomen wurden ausser den erwähnten besonders noch festgestellt: hochgradige Ataxie, Parese sämtlicher vier Extremitäten, rechts mehr ausgebildet als links, rechtsseitige Facialisparese, Abweichen der Zunge nach rechts, Störung der Artikulation, gesteigerte Patellarreflexe, beiderseitiger Fussklonus. Fehlen der Bauch- und Pectoralisreflexe. Pupillen eng. Paradoxe Reaktion. Nystagmus bei Erhaltensein der konjugierten und isolierten Augenbewegungen. Vasomotorische Erscheinungen. Pulsanomalien. Andauernde Somnolenz, aus der der Patient jedoch leicht zu erwecken war. Oertlich und zeitlich desorientiert. Starke Intelligenzdefekte. Differentialdiagnostisch wurde besonders ein Tumor der Basis an der Hypophyse in Betracht gezogen. Exitus am 31. Mai 1901. Die Geschwulst im linken Stirnhirn war ziemlich gross und hatte eine starke Druckwirkung nach hinten entfaltet.

Auf der Abbildung (19) ist besonders die Stellung der Bulbi sehr charakteristisch. Dieselben stehen nach rechts. Die Gesichtsinnervation ist eine schlaffe. Der Gesichtsausdruck zeigt Müdigkeit und Erschöpfung.

Technisches: Das Licht (Tageslicht) fällt etwas seitlich von vorn oben auf den Patienten. Das Gesicht ist dadurch ziemlich gleichmässig beleuchtet, nur an der rechten Halsseite ist die Runzelung deutlich erkennbar.

Tafel X. Abbildung 20.

Klinisches: Tumor cerebri (Sitz zwischen beiden N. opticis im vorderen Chiasma).

F. C. aus X., 35 Jahre alt. Eintritt in die psychiatrische Klinik am 28. Januar 1900.

Beginn der Erkrankung vor einigen Monaten. Apathisches, indolentes Wesen. Gegen die Aufnahme in die Klinik völlig gleichgiltig. Körperlicher Befund nicht besonders charakteristisch: Patellarreflexe vorhanden. Der rechte etwas lebhafter, als der linke. Pupillendifferenz. Linke Pupille etwas weiter

als rechte. Träge Reaktion. Links Fussklonus. Beiderseits Tremor der gespreizten Finger. Erschöpfung und Kopfschmerz bei psychischer Prüfung. Zeitlich und räumlich desorientiert. Verzögerte psychische Reaktion. Somnolenz. Weiterhin beobachtet: taumelnder Gang, zeitweiliges Erbrechen, Pulsverlangsamung bis 46 Schläge in der Minute. Unter zunehmender Somnolenz und körperlichem Verfall Exitus letalis am 2. Juni 1900.

Die Abbildung (20) zeigt die Patientin in einem vorgeschrittenen Stadium. Die Hände sind auf einander gelegt, die Finger leicht gebeugt. Der Kopf liegt auf dem Kissen auf. Der Mund ist leicht geöffnet, so dass die Oberkieferzähne sichtbar sind. Die Bulbi sind nach links gesunken. Die oberen Augenlider sind halb gesenkt. Die Stirn zeigt Horizontalfalten. Der Gesichtsausdruck ist ein müder, schmerzlicher.

Technisches: Das Tageslicht fällt von oben seitlich auf die Patientin. Es wird dadurch besonders die Stirninnervation deutlich herausgehoben.

Tafel XI. Abbildung 21.

Klinisches: Demenz bei Erweichungsherden im Gehirn.

K. N. aus H. 53 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 17. Juli 1900.

Entwickelte sich angeblich normal. Erlernte das Buchbinderhandwerk. War in das städtische Hospital aufgenommen worden und wurde von dort in die Klinik überführt, weil er besonders nachts stark lärmte. „Alles Zureden, dass er ruhig sein soll, nutzt nichts bei ihm", hiess es in einem begleitenden Bericht. Von körperlichen Erscheinungen bei der Aufnahme bemerkenswert: Pupillen reagieren auf Lichteinfall, Patellarreflexe beiderseits gesteigert, rechts mehr, wie links. Bauch- und Cremasterreflexe nicht auslösbar. Spastische Lähmung des rechten Armes mit Contractur im Ellbogengelenk, Parese des rechten Beines, Atrophie der Armmuskulatur rechts, Contractur des rechten Sternocleidomastoideus, Sprachstörung, erloschener Gaumenreflex. Auf psychischem Gebiete ziemlich vorgeschrittener Schwachsinnszustand mit eigentümlichen Wahnvorstellungen: Will in der nächsten Woche ein schönes Mädchen heiraten, glaubt sein Vater sei Major. Im Verlaufe der Beobachtung: Zunahme der Sprachstörung, Zwangslachen, Incontinentia urinae et alvi. Der rechte Arm dauernd in Beugecontractur. Der Kopf ganz zur Seite nach rechts geneigt, Krümmung der Wirbelsäule. Deutliche Spasmen auch in beiden linken Extremitäten. Vorübergehend künstliche Ernährung. Allmählich völlige Hilflosigkeit. Dauernd gekrümmte Haltung. Unverständliches Lallen. Sinken des Körpergewichts bis auf 39,5 kg. Exitus letalis am 6. November 1900. Die Sektion (ausgeführt von Herrn Geheimrat Dr. Boström) ergab: Ausgedehnte knotige und diffuse Arteriosklerose. Coronarsklerose. Lungenemphysem. Atrophie sämtlicher Organe.

TAFEL X.



Abb. 19.



Abb. 20.

Dura gut gespannt, wenig durchscheinend. Spärliche Pacchionische Granulationen. Weiche Häute im ganzen leicht weisslich getrübt, auf der Höhe stark ödematös. Die Gyri links schmal, aber gut gewölbt, die Sulci klaffend. In einer Windung des Stirnhirns am Gyrus frontalis superior eine leichte Depression mit gelblicher Verfärbung der Oberfläche. Die Windungen des Stirnhirns rechts schmäler, wie links und im Bereich des Gyrus frontalis posterior eine in einen Längsspalt sich fortsetzende bis zum Gyrus corporis callosi in die Tiefe reichende tiefe muldenförmige Einsenkung, deren Basis teils grau, teils hellgelb trübe gefärbt ist. Eine Kommunikation mit dem Seitenventrikel besteht nicht. Weiche Häute der Basis etwas blutreicher. Linker Nervus opticus schmäler als der rechte, von etwas grauer Farbe. Arterien der Basis starrwandig verdickt. An der Spitze des rechten Schläfenlappens eine scharf umschriebene Depression. Eine gleiche Depression mit Erweichung der darunter gelegenen Substanz an der hinteren Begrenzung des linken Kleinhirns.

Die Abbildung 21 zeigt den Patienten nach mehrmonatlicher Behandlung. Der Kranke liegt auf dem Rücken nach rechts. Die Beine sind angezogen. Den linken Arm stützt er auf das linke Bein. Die contracturierte Stellung des rechten Armes und der rechten Hand sind deutlich erkennbar. Die untere Hälfte des Gesichts erscheint starr, maskenartig, während die Stirne lebhaft innerviert ist. Der Gesichtsausdruck ist ein blöder, nichtssagender.

Technisches: Die Aufnahme ist bei Tageslicht im ärztlichen Untersuchungszimmer gemacht. Das Licht fällt etwas schief von vorne, oben auf den Patienten.

Tafel XI. Abbildung 22.

Klinisches: Senile Demenz bei Erweichungsherden im Gehirn.

F. J. aus J. 78 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 25. Juni 1896.

Der Fall ist in der II. Auflage der psychiatrischen Diagnostik S. 182 ff. geschildert.

Die Abbildung zeigt die Kranke aufgerichtet im Bett. Die Hände sind gefaltet. Der Mund ist leicht geöffnet. Der Oberkiefer ist etwas nach vorne verschoben. Sehr starke Runzelbildung im Gesicht. Besonders stark ausgeprägt horizontale Faltenbildung an der Stirne. Der Gesichtsausdruck hat neben den Alterserscheinungen etwas stumpfes, blödes.

Technisches: Die Aufnahme ist mit von vorne, oben auffallendem Tageslicht gemacht. Das Gesicht ist gleichmässig beleuchtet. Die Runzeln desselben trete deutlich hervor.

TAFEL XI.



Abb. 21.



Abb. 22.

Tafel XII. Abbildung 23.

Klinisches: Demenz bei multipler Sklerose.

F. B. aus B., 32 Jahre alt. Eintritt in die psychiatrische Klinik am 7. November 1900.

Aus der medizinischen Klinik zugeschickt. Ist über seine Familienverhältnisse schlecht unterrichtet, da er schon lange nicht mehr zu Hause gewesen ist. War im elften Lebensjahre schwer krank. Lernte schwer in der Schule. Diente 3 Jahre beim Militär. War dann in allen möglichen Berufsarten beschäftigt. Erlitt mehrfach Verletzungen am Kopfe. War häufig in Besserungsanstalten und zog sich Freiheitsstrafen zu. Die Krankheit begann angeblich mit „Influenza". Subjektive Beschwerden: Schwäche der Beine, Kopfschmerz, Schwindei, Schmerzen in den Oberschenkeln, „schlechte Augen". Körperlicher Befund: Spastische Parese der unteren Extremitäten, entsprechender Gang. Schwanken bei geschlossenen Augen und aneinander gestellten Füssen. Gesteigerte Patellarreflexe, Fussklonus. Facialisparese rechts. Abweichen der Zunge nach links. Pupillen mittelweit, linke etwas weiter, als rechte. Reaktion vorhanden. Monotone Sprache. Geringes Zittern der gespreizten Finger. Anfänglich Schütteltremor. Zwangslachen. Psychisch: Gedächtnisstörung. Intelligenzdefekte. Neigung zu Neckereien. Vorübergehende Erregungszustände aus äusseren Veranlassungen. Wurde mit Gartenarbeiten beschäftigt. Leistungen dabei mittelmässig. Entlassung am 5. April 1901.

Die Abbildung 23 stellt den Patienten auf einer Bank sitzend dar. Das Gesicht zeigt auffallend geringe Innervation und hat etwas starres. Der Gesichtsausdruck ist ein gleichgiltiger.

Technisches: Die Aufnahme ist bei Tageslicht gemacht. Dasselbe fiel von vorne oben, etwas seitlich auf den Patienten. Die linke Gesichtshälfte ist ein wenig mehr beschattet, als die rechte.

Tafel XII. Abbildung 24.

Klinisches: Schwachsinnszustand nach organischer Hirnkrankheit mit Störungen des Schädelwachstums.

K. T. aus W. 34 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 1. September 1900. Die Krankheitsschilderung ist auf S. 200 der II. Auflage der psychiatrischen Diagnostik enthalten.

Auf der Abbildung 24 ist der Patient auf einer Bank sitzend dargestellt. Die Keilform des Schädels ist deutlich zu erkennen. Die Gesichtsmuskulatur ist verhältnismässig gering innervirt, der Gesichtsausdruck ist ein etwas ängstlicher, zugleich stumpfer.

Technisches: Bei der Aufnahme fiel das Tageslicht schief von vorne oben. Wie bei dem vorhergehenden Bild ist die linke Gesichtshälfte mehr beschattet, als die rechte.



Abb. 23.

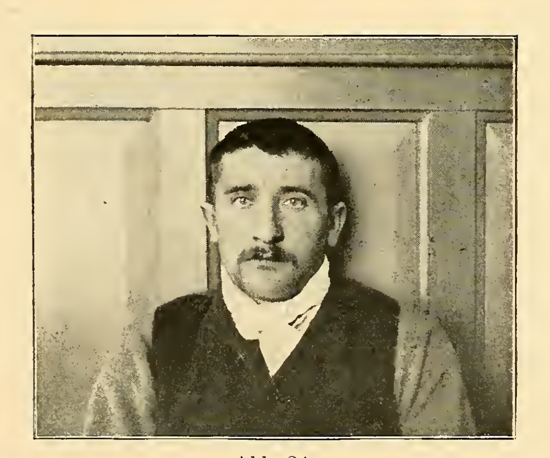


Abb. 24.

Tafel XIII. Abbildung 25 und 26.

Schädelsammlung der psychiatrischen Klinik in Giessen. No. 5.

Partielle Verwachsung der Sagittalnaht.

Masse:			
	1. Längendurchmesser . . .	17	cm.
	2. Umfang	50,5	„
	3. Sagittalbogen	28	„
	4. Querdurchmesser	14,2	„
	5. Frontalbogen	33	„
	6. Distanz der Tubera parietalia	13,5	„
	7. Länge der Frontalnaht . .	13	„
	8. Länge der Pfeilnaht . . .	11	„

Ueber die vorstehende Art der Messung und die Gesichtspunkte bei der Untersuchung von Schädeln überhaupt sind die Ausführungen Seite 25 ff. der 2. Auflage der psychiatrischen Diagnostik nachzusehen.

Der Einfluss, welchen die Verwachsung eines Teiles der Sagittalnaht auf die Schädelkonfiguration ausgeübt hat, ist ein sehr bemerkenswerter. Beide Scheitelbeine sind blasenförmig erweitert, Das linke in seinem vorderen, das rechte in seinem hinteren Teil. Dadurch ist die Axe des Parietaldurchmessers eine völlig schiefe geworden. Die Frontalnaht ist nicht mehr erkennbar. Dieselbe scheint schon frühzeitig verknöchert zu sein. Die Suturae coronalis und lambdoidea sind erhalten.

Die Länge der geschlossenen Partie der Sagittalnaht beträgt 3,5 cm. An der Stelle derselben befindet sich eine sattelförmige Mulde. Frontalbein und Occipitalbein zeigen keine nennenswerten Asymmetrien. Ebenso sind beide Schläfenbeine gleich gebildet.

Die starke Asymmetrie des Schädels wird also hauptsächlich verursacht durch die Konfiguration der Scheitelbeine, als deren Ursache, wie schon oben angegeben, die partielle Verwachsung der Sagittalnaht anzusehen sein dürfte.

Die Abbildung 25 zeigt den Schädel von oben. Die Verwachsung der Sagittalnaht, sowie die Einbuchtung an der Stelle derselben sind deutlich erkennbar. Ebenso ist der asymmetrische Bau beider Scheitelbeine leicht zu erkennen.

Auf der Abbildung 26 ist der Schädel von vorne dargestellt. Es ist hier die sattelförmige Einsenkung zwischen beiden Scheitelbeinen besonders deutlich zur Darstellung gebracht.

Technisches: Die Aufnahme 25 ist derart von oben gemacht, dass das Präparat sich unterhalb des von oben nach unten gerichteten photographischen Apparates befand. Bei der Aufnahme 26 befand sich der Schädel dem Apparat gegenüber. Das Tageslicht fiel bei beiden Aufnahmen von oben vorne und zugleich von oben seitlich. Es treten dadurch die Nähte und Unebenheiten der Knocnen sehr deutlich hervor.

TAFEL XIII.



Abb. 25.

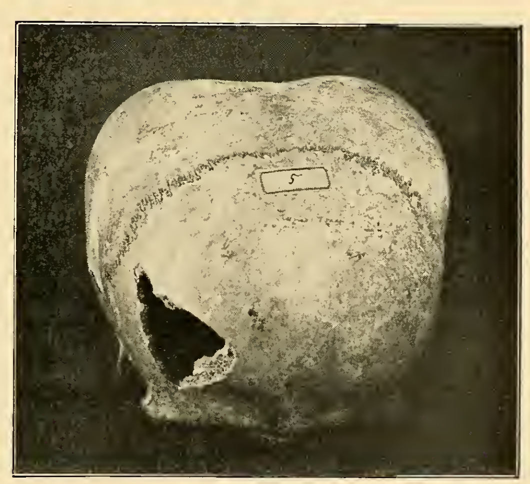


Abb. 26.

Tafel XIV. Abbildung 27.

Schädelsammlung des anatomischen Institutes zu Giessen. No. 85.

Partielle Verknöcherung der linken Coronarnaht. Angaben über dieses Präparat finden sich in der 2. Auflage der psychiatrischen Diagnostik auf S. 32

Masse:
1. Längendurchmesser . . . 16,2 cm.
2. Umfang . . . . 50 „
3. Sagittalbogen . . . . . 30 „
4. Querdurchmesser . . . . 12,5 „
5. Frontalbogen . . . . . 31,5 „
6. Distanz der Tubera parietalia 15 „
7. Länge der Frontalnaht . . 11 „
8. Länge der Pfeilnaht . . . 11,5 „

Die Abbildung 27 zeigt den Schädel von oben. Auf dem Bilde ist die Verwachsung der linken Coronarnaht sehr deutlich zu sehen. Ebenso leicht erkennbar ist die stärkere Vorwölbung des rechten Stirnbeines. An der linken Lambdanaht ist ein grösserer Schaltknochen eben noch erkennbar. Auch die verschiedene Wölbung der Scheitelbeine und die schiefe Richtung der Pfeilnaht kommen zum Ausdruck.

Technisches: Die Aufnahme ist bei von oben seitlich kommendem Tageslicht gemacht. Es treten dadurch Nähte und Unebenheiten des Knochens scharf hervor. Die rechte Schädelhälfte ist weniger beleuchtet, wie die linke.

Tafel XIV. Abbildung 28.

Schädelsammlung der psychiatrischen Klinik in Giessen. No. 1.

Partielle Verknöcherung der linken Coronarnaht. Das Präparat ist in der 2. Auflage der Diagnostik auf S. 26 näher beschrieben.

Die Abbildung 28 stellt den Schädel von oben dar. Die beinahe vollständige Verknöcherung der linken Coronarnaht ist gut zu erkennen. Auch die stärkere Wölbung des rechten Scheitelbeines tritt deutlich hervor, ebenso ist die schiefe Richtung der Pfeilnaht erkennbar. Die hellere Stelle auf dem Frontalbein ist durch Abschaben künstlich zu Stande gekommen.

Technisches: Die Aufnahme ist von oben nach unten gemacht. Das Tageslicht kam von oben vorne und oben seitlich. Die Schattenseite wurde durch Anwendung von nicht sehr lichtstarkem Magnesiumdauerlicht (Magnesiumband automatisch vorwärts bewegt) aufgehellt.

TAFEL XIV.



Abb. 27.



Abb. 28.

Tafel XV. Abbildung 29.

Klinisches: Hydrokephalie.

B. W. aus E., 33 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrischo Klinik am 16. Januar 1900.

Vater durch Suicid gestorben nach angeblicher Geistesstörung durch Trauma. Patient selbst soll im zweiten oder dritten Lebensjahre eine Krankheit durchgemacht haben, nach der eine geistige Schwäche zurückblieb (!). Lernte schlecht, war nicht im stande, einen Beruf zu betreiben. Erkrankte 14 Tage vor der Aufnahme angeblich an Bleikolik, wurde in ein Krankenhaus aufgenommen. Dort Ausbruch von Geistesstörung. War unorientiert, litt an Gesichts- und Gehörshallucinationen. Aeusserte ängstliche Vorstellungen und zeigte unter dem Eindruck derselben Erregungszustände. Körperlicher Befund: Schädelumfang 59 cm, Sagittalbogen 37 cm, Frontalbogen 31 cm. Linkes Frontalbein mehr gewölbt, als rechtes, dem entsprechend rechtes Parietalbein mehr gewölbt, als linkes. Stirn und Partie über den Ohren sehr stark gewölbt, steil abfallendes Hinterhaupt. Die Augen liegen sehr weit nach unten. Pupillen reagieren gut auf Lichteinfall. Patellarreflexe gesteigert. Fussklonus. Tremor der gespreizten Finger. Anfänglich wahrscheinlich auf der Basis einer Bleiintoxikation Delirium mit Sinnestäuschungen. Allmähliches Abklingen desselben Hervortreten von ängstlichen Erregungszuständen, Unorientiertheit, intellektuelle Schwäche, Reizbarkeit, Neigung zum Querulieren. Entlassung am 3. März 1900.

Die Abbildung 29 zeigt den Patienten von vorne gesehen. Die hydrokephalische Kopfform tritt deutlich hervor. Der Kopf ist etwas zur Seite geneigt. Der Gesichtsausdruck ist ein ängstlicher, depressiver. Die senkrechten Furchen über der Nasenwurzel treten scharf hervor.

Technisches: Bei der Aufnahme fiel das Tageslicht von vorne oben und seitlich oben. Es werden dadurch die morphologischen und mimischen Besonderheiten gut herausgehoben.

Tafel XV. Abbildung 30.

Klinisches: Hydrokephalie.

N. Q. aus E., 24 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 19. Oktober 1899.

Keine hereditäre Belastung. Lernte in der Schule mittelmässig. Schon frühzeitig Erregungszustände. Mehrfach kriminell geworden. Während einer Strafverbüssung heftiger, gemeingefährlicher Erregungszustand aus geringfügiger Ursache. Körperlicher Befund: Auffallende Schädelform, besonders starke Wölbung über den Ohren. Schädelumfang 54,5 cm, Sagittalbogen 34,5 cm, Frontalbogen 32 cm. Asymmetrischer Bau des Schädels. Pupillen different, reagieren gut auf Lichteinfall. Patellarreflexe gesteigert. Fussklonus links deutlich vorhanden. Rasches Abklingen des Erregungszustandes. Weiterhin vorübergehend Selbstmordideen, Nahrungsverweigerung, Kopfschmerzen,

TAFEL XV.



Abb. 29.



Abb. 30.

gesteigerte Pulsfrequenz. Mittlere Schulkenntnisse. Am 2. November 1899 wieder entlassen. Neu-Aufnahme am 27. Januar 1900, dann Ueberführung in die Landesanstalt am 21. Februar 1900.

Die Abbildung 30 zeigt den Patienten zu Beginn des ersten Aufenthaltes im Einzelzimmer. Die hydrokephalische Form des leicht zur Seite geneigten Kopfes tritt gut hervor. Der Mund ist fest geschlossen. Der Gesichtsausdruck ist ein finsterer, abweisender.

Technisches: Die Aufnahme ist bei Tageslicht gemacht. Das Licht kam dabei etwas seitlich von vorne oben. Die rechte Gesichtshälfte ist schärfer beleuchtet, als die linke.

Tafel XVI. Abbildung 31.

Klinisches: Mikrokephalie.

(Photographische Aufnahme von Herrn Professor Sommer.)

K. N. aus J., 49 Jahre alt. Eltern starben beide, 84 Jahre alt. Eine Schwester Mikrokephale mit Epilepsie, starb im Alter von 45 Jahren. Dieselbe war noch mehr mikrokephal, als der Patient Ein normaler Bruder starb frühzeitig. Ein Vetter soll ebenfalls Mikrokephale gewesen sein.

Masse:		
Fronto-Occipitaldurchmesser	. . .	18 cm.
Umfang	. . . .	48 „
Mento-Occipitaldurchmesser	. . .	24 „
Umfang	. . . .	59 „
D. trachelo-bregmatica: Durchmesser		17 „
Umfang	. . . .	45 „

Nach Mitteilungen des Herrn Dr. Ohnacker in Butzbach).

Die Abbildung 31 zeigt deutlich die Mikrokephalie bei dem Patienten. Der Schädel läuft spitz nach oben zu. Der Schädelumfang nimmt nach oben rasch ab. An der Stirne zeigen sich zahlreiche Horizontalfalten. Das Vorderhaupt ist gänzlich von Haaren entblösst, am Hinterhaupt findet sich noch spärlicher, dünner Haarwuchs. Der ganze Kopf wird nach vorne gesenkt. Die Unterlippe steht wulstig vor. Der Gesichtsausdruck ist ein schwer zu beschreibender, blöd-neugieriger.

Technisches: Die Aufnahme ist am Wohnort des Patienten gemacht worden.

Tafel XVI. Abbildung 32.

Klinisches: Kretinismus.

N. M. aus E., 7 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 8. August 1896.

Eine Schwester des Vaters ist stumm. Eltern gesund. Eine Schwester, ähnlich der Patientin, im Alter von 2 Jahren gestorben. Ein Bruder mit 4 Wochen an „Krämpfen“ gestorben. Lernte erst im dritten Jahre gehen. Um dieselbe Zeit rudimentäre sprachliche Versuche. Gänzlicher Mangel ent-

TAFEL XVI.

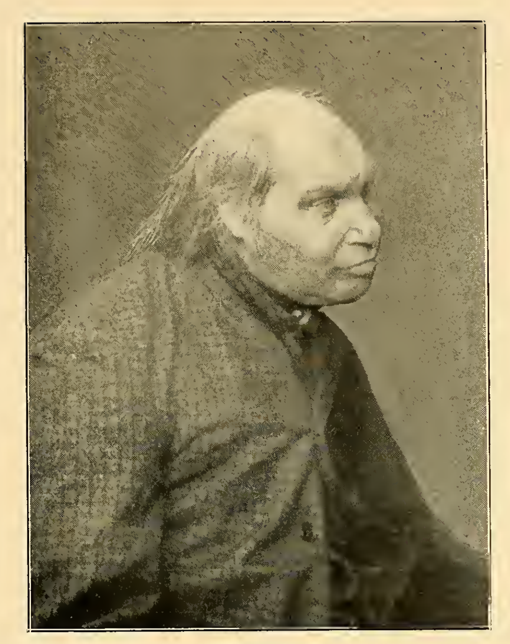


Abb. 31.



Abb. 32.

wickelungsfähiger geistiger Anlagen. Blieb unreinlich, steckte alles in den Mund. Körperlicher Befund: 110 cm grosses Kind. Die Haut von schwammiger Beschaffenheit, lässt sich überall in grossen Falten abheben. Bei Nadelspitzenberührung keine Schmerzäusserungen, nur leichte Abwehrbewegungen. Grosser Kopf. Fronto-Occipitaldurchmesser: 19 cm. Schädelumfang 54,5 cm. Fontanellen geschlossen. Niedere Stirne. Vorspringende Tubera frontalia. Gewulstete Lippen. Breiter Nasenrücken. Pupillen reagieren auf Lichteinfall gut. Patellarreflexe beiderseits sehr deutlich. Psychisch: Völlige Idiotie. Unartikulierte Laute. Schwer durch äussere Reize zu fixieren, eher noch durch optische, als durch akustische. Kein Ortsinn nach mehrtägigem Aufenthalt in der Klinik. Entlassung am 6. September 1896. Starb nach Angabe der Angehörigen ungebessert $3^1/_2$ Monate später an Diphterie.

Die Abbildung 32 zeigt das Kind auf einem Stuhle sitzend, die Hände zusammengelegt. Es blickt nach dem Photographierenden. Der Mund ist geöffnet, die Augen sind halb geschlossen. Der kretinöse Habitus ist gut erkennbar, ebenso der blöde Gesichtsausdruck.

Technisches: Aufnahme bei Tageslicht im Freien.

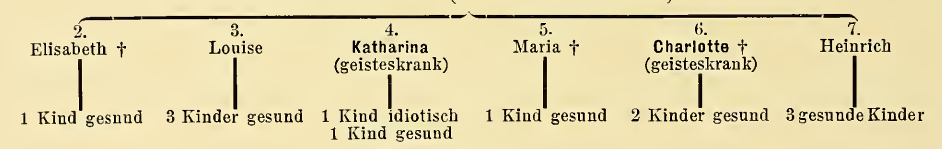
Tafel XVII. Abbildungen 33 und 34.

Klinisches: Porenkephalie.

Drei Brüder H. aus B. Links Wilhelm 13 Jahre alt, in der Mitte Georg 18 Jahre alt, rechts Friedrich 23 Jahre alt.

Stammbaum.

Gross-Eltern (Eltern des Vaters.)



Eltern

(Vater das älteste der obigen Geschwister, gesund. Mutter nicht hereditär belastet.)

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Elisabeth †	Louise	Gertrude	Friedrich	Margarethe †	Georg	Wilhelm
2 Tage alt	idiotisch	skrophulös	Porenkephale	Porenkephale	Porenkephale	Idiot
	28 Jahre alt	25 Jahre alt	schwachsinnig	wurde 18 Jahre	schwachsinnig	13 Jahre alt
	Mikrokephale		23 Jahre alt	alt	epileptisch	
					18 Jahre alt	

Georg und Friedrich werden später beschrieben.

Wilhelm. Bei der Geburt drei Tage lang Krämpfe. Später nicht mehr. Kleiner Schädel. Prominenz des rechten Stirnbeins. Abflachung des rechten Scheitelbeins. Deutliche Tubera frontalia. Strabismus auf dem rechten Auge. Linker Mundwinkel höher, als rechter. Pupillenreaktion und Patellarreflexe vorhanden. Ganz geringe Schulkenntnisse. Unfähigkeit, sich in Zeit und Raum zurecht zu finden. Keinerlei Verständnis für abstrakte Begriffe.

Auf der Abbildung 33 sind die weiter unten zu beschreibenden porenkephalischen Handhaltungen bei Friedrich und Georg deutlich zu erkennen.

TAFEL XVII.



Abb. 33.

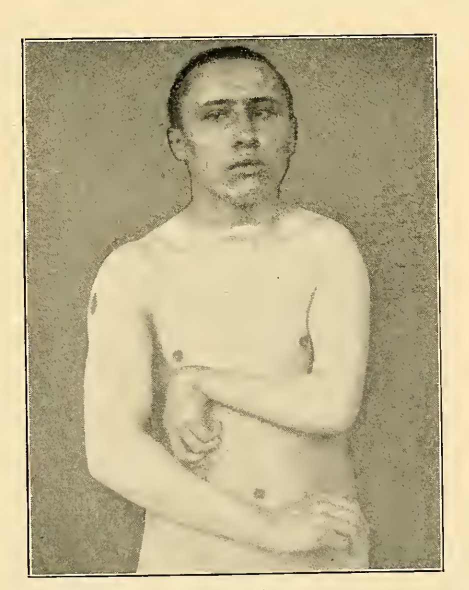


Abb. 34.

Bei Wilhelm fällt der idiotische Gesichtsausdruck neben dem Ausdruck des Erstaunens besonders auf.

Technisches: Die Aufnahme ist bei von vorne oben auffallendem Licht gemacht. Die Gesichter erscheinen dadurch glatt. Einzelheiten der Innervation werden wenig hervorgehoben.

Tafel XVII. Abbildung 34.

Klinisches: Porenkephalie.

(Vergl. die Angaben bei Abbildung 33).

Georg H. aus B., 18 Jahre alt. Vom 20. November 1896 bis 3. Februar 1897 in der psychiatrischen Klinik.

War von jeher schwachsinnig, von Geburt an linksseitig gelähmt. Die ersten epileptischen Krämpfe im 12. Lebensjahr. Seit dieser Zeit Krämpfe monatlich 3—4 Mal hinter einander. Sprache und Gehör litten seither sehr stark. Körperlicher Befund: Asymmetrischer Schädel; linkes Stirnbein mehr gewölbt als rechtes. Breites Hinterhaupt, schmales Vorderhaupt. Spastische Lähmung des linken Armes. Verkürzung des linken Beines mit Pes equinus-Stellung. Schwer verständliche Sprache. Niedere Intelligenz. Leichte Reizbarkeit. Erregungszustände meist aus äusseren Ursachen. Mehrfache epileptische Anfälle beobachtet.

Die Abbildung 21 zeigt den Patienten von vorne gesehen. Die porenkephalische Handstellung ist deutlich zu erkennen. Die linke Schulter ist mehr gehoben als die rechte. Am rechten Oberarm ein grosser Naevus. Die Kopfhaltung ist eine schiefe. Strabismus des linken Auges. Stark entwickelte Lippen. Der Gesichtsausdruck ist ein eigentümlich finsterer.

Technisches: Bei der Aufnahme wurde Tageslicht verwendet. Dasselbe fiel von vorne oben und seitlich oben. Es wird dadurch besonders die Differenz der beiden Schultergürtel herausgehoben.

Tafel XVIII. Abbildungen 35 und 36.

Klinisches: Porenkephalie.

(Vergl. die Angaben bei Abbildung 33).

Friedrich H. aus B., 25 Jahre alt. Poliklinisch untersucht am 6. Januar 1897. Die Photographie ist im Jahre 1899 hergestellt.

Am Schädel, abgesehen von einer etwas stärkeren Wölbung des linken Stirnbeins, nichts auffallendes.

Starke Verschiedenheit der Supraclaviculargruben, rechte viel flacher als linke. Linke Mammilla steht ca. 1½ cm tiefer, als rechte. Die Mittellinie des Sternums weicht von der Mittellinie des Körpers etwas nach rechts ab. Rechte Brustseite weniger gewölbt und schmäler, als linke. Die Wirbelsäule zeigt im mittleren Brustteil ein leichte Skoliose nach links. Rechter Arm bedeutend schwächer als der linke. Bewegungen im Schultergelenk frei. Beugung im Ellbogengelenk passiv leicht möglich. Aktive Bewegung mit geringer Kraft, kann nicht vollständig ausgeführt werden. Streckung weder aktiv noch passiv



Abb. 35.



Abb. 36.

vollständig möglich. Unterarm in Pronationsstellung, Supination weder aktiv noch passiv möglich. Handrücken der rechten Hand schmäler als derjenige der linken, sämtliche Finger dünner und kürzer, als links. Kopfhaltung asymmetrisch, zusammenhängend mit der stärkeren Innervation der Hals- und Schultermuskulatur rechts. Rechte Nasolabialfalte stärker ausgeprägt, als linke. Bei aufrechter Stellung erscheint der Rumpf leicht nach vorne geneigt. Das rechte Bein ist im Knie leicht gebeugt. Die Muskulatur des linken Oberschenkels stärker entwickelt, als diejenige des rechten. Kniephänomen links normal, rechts etwas gesteigert. Fussklonus weder rechts noch links nachzuweisen.

Von den Abbildungen zeigt die erste (35), den Patienten von vorne gesehen. Die rechte Schulter ist gehoben, der rechte Oberarm ist an den Thorax angelegt. Der linke Arm hängt schlaff nach unten. Der Unterarm ist proniert, die Hand steht in Beugestellung, die Finger sind gekrümmt. Rechtsseitiger Leistenbruch. Das Gesicht erscheint verzogen. Die rechte Nasolabialfalte stark ausgeprägt. Die Unterlippe steht vor, der Mund ist halb offen. Deutlicher Strabismus.

Bei der Abbildung 36, welche den Patienten von der rechten Seite darstellt, treten besonders die Krümmung der Finger und die Beugestellung des rechten Beines hervor.

Der Gesichtsausdruck des Patienten ist ein blöder.

Technisches: Beide Aufnahmen sind bei Tägeslicht gemacht. Dasselbe kam durch ein Fenster von vorne und eines von der Seite. Durch das seitliche Licht werden besonders auf dem Bild 35 die Innervationsverhältnisse der Gesichtsmuskulatur deutlich geschildert.

Tafel XIX. Abbildung 37.

Klinisches: Porenkephalie.

(Die Aufnahme der Bilder und die Krankheitsberichte verdanke ich der Güte des Herrn Direktor Dr. Mayer in Hofheim.)

G. M. aus N., 33 Jahre alt. Seit 27. September 1877 im Landeshospital Hofheim.

Keine hereditäre Belastung. Erkrankte im 18. Monat an Konvulsionen, nach deren Wiederholung eine Lähmung der rechten Körperhälfte zurückblieb. War ungelehrig. Zeigte ein einseitig ausgebildetes Gedächtnis für Musik. Heftige Ausbrüche von Zerstörungswut, Bedrohung der Angehörigen. Anfälle.

Schädel von unregelmässiger Bildung, in seinem queren Durchmesser auffallend schmal. Schädelumfang 50 cm, gerader Durchmesser 17,5, vorderer querer Durchmesser 10 cm, hinterer querer Durchmesser 13 cm, schräger Durchmesser 21,5 cm. Nähte, besonders die Sagittalnaht, wallartig anzufühlen. Nasenflügel rechts tiefer stehend, als links. Ebenso der Mundwinkel. Rechte Körperhälfte in der Entwickelung zurückgeblieben. Spastische Parese des rechten Armes und rechten Beines. Rechte Hand in starker Beugestellung. Völlig idiotisch.

Die Abbildung zeigt den Patienten auf einem Stuhle sitzend. Die porenkephalische Stellung des rechten Armes tritt scharf hervor. Das rechte Bein

TAFEL XIX.

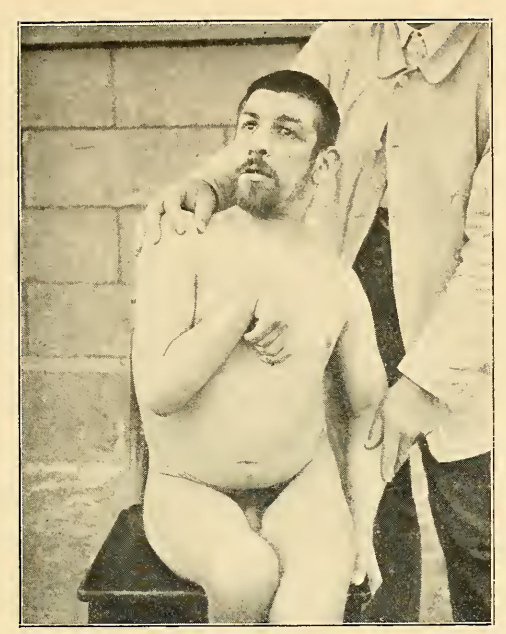


Abb. 37.



Abb. 38.

ist einwärts rotiert. Die rechte Schulter steht bedeutend höher, als die linke. Der Kopf ist etwas nach rückwärts gehoben. Der Gesichtsausdruck ist ein blöd-verwunderter.

Technisches: Aufnahme im Freien.

Tafel XIX. Abbildung 38.

L. K. aus E., 33 Jahre alt. Aufgenommen in das Landeshospital Hofheim am 3. November 1888.

Soll in der letzten Zeit öfters Anfälle von Tobsucht gehabt haben, auf geringfügige Aeusserungen seiner Angehörigen hin, durch die er sich beleidigt fühlte. Nannte seinen Stiefvater einen Mörder. Linke Mundspalte weiter, als rechte. Die rechte obere Extremität ist im Wachstum zurückgeblieben, im Ellbogengelenk kontrahiert und mit der Hand in Klauenstellung. Die rechte, untere Extremität ist gleichfalls verkürzt, Patient geht aber ganz geschickt, zieht nur etwas den Fuss nach. Im Verlauf der Behandlung Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen, beschäftigte sich mit körperlichen Arbeiten.

Die Abbildung zeigt den Patienten von vorne gesehen. Der Kopf ist etwas zur Seite geneigt, die Augen sind wohl infolge des grellen Lichtes halb geschlossen. Zum Vergleich sind beide Arme in dieselbe Stellung gebracht. Atrophie und spastische Parese der rechten Extremität sind leicht erkennbar. Der Gesichtsausdruck ist ein misstrauischer.

Technisches: Die Aufnahme ist im Freien bei schief von rechts fallendem Sonnenlicht gemacht. Die Gesichtsinnervation wird dadurch scharf herausgehoben.

Tafel XX. Abbildungen 39 u. 40. Tafel XXI. Abbildung 41.

Klinisches: Porenkephalie.

(Das Gehirn und die Krankheitsbeschreibung von Herrn Direktor Mayer in Hofheim zur Verfügung gestellt.)

G. D. aus G., aufgenommen in das Landeshospital am 19. Februar 1895, gestorben daselbst 1897 im Alter von 22 Jahren.

Von Jugend auf fast täglich Krämpfe. Vom 15. Lebensjahr an wurden dieselben heftiger und der Patient verlernte das Sprechen. Er verblödete rasch vollständig. Befund: Kopf nach rechts und vorn geneigt. Schädel länglich. Schädeldach klein, schmal. Schädelumfang 50,5 cm. Gerader Durchmesser 15 cm. Querer Durchmesser 11,5 cm. Stirn niedrig. Beide Oberarme werden meist an den Thorax angelegt. Die linke Hand wird gewöhnlich mit der rechten festgehalten. Linker Arm im Wachstum zurückgeblieben, im Ellbogengelenk spitzwinklig gebeugt; er lässt sich passiv nur mit Anstrengung bis zum rechten Winkel strecken. Linke Hand volar- und ulnarwärts bis aufs äusserste gebeugt und proniert, die Finger in den Grundphalangen dorsal, im ersten Fingergelenk volarwärts gebeugt. Daumen eingeschlagen. Das linke Schulterblatt lässt sich kaum bewegen. Rechtes Bein

TAFEL XX.

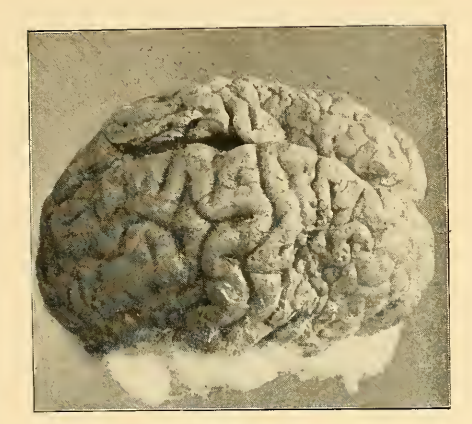


Abb. 39.



Abb. 40.

kann ziemlich frei bewegt werden. Das linke Bein ist über der Mittellinie adduciert, einwärts rotiert, liegt auf dem rechten Knie und ist im Kniegelenk stumpfwinklig gebeugt. Dasselbe kann nicht gestreckt werden. Spitzfussstellung. Lebhafte Reflexe. Ist weder imstande zu gehen, noch zu stehen. Spricht nicht.

Aus dem Sektionsprotokolle sind folgende Angaben von Wichtigkeit: Schädelnähte ziemlich deutlich, Stirnnaht zum Teil erhalten, etwas erhaben. Von innen und aussen erscheint die linke Schädelhälfte stärker gewölbt als die rechte. Linke Gehirnhälfte bedeutend voluminöser als rechte, besonders in der Gegend der Centralwindungen; die äusseren rechten Partien sehr stark abgeflacht und nahe dem Längsblutleiter geradezu eingezogen. Links besonders ist die Dura mit den weichen Häuten in ganzer Ausdehnung mehr oder weniger fest verwachsen und auf der ganzen Fläche mit zahlreichen Blutungen durchsetzt. An der Verwachsungsstelle neben der oben erwähnten, eingesunkenen Partie rechts in den weichen Häuten eine 5 cm lange, sichelförmige Knochenspange, die nach rechts von dem Längsblutleiter und der falx cerebri liegt. Gehirn in Formollösung aufbewahrt.

Gehirnbeschreibung: Linke Hemisphäre. Ganze Länge 15 cm. Fossa Sylvii sehr kurz, der Sulcus Rolandi steht mehr in einer Frontalebene als normal. Das ganze Gebiet nach rückwärts vom mittleren Teil des Gyrus centralis posterior inclusive des Gyrus superfrontalis und angularis und des hinteren, oberen Endes vom Temporallappen von einer Menge verkümmerter Windungen mit gekörnter Oberfläche eingenommen, welche gratartig nach einer mittleren Senkung zusammenlaufen und deutliche Uebergänge in normale Windungen aufweisen. Richtung des Sulcus interparietalis deutlich erkennbar. Auch das Gebiet lateral vom Lobulus quadrangularis ist in die Störung einbezogen. Der Temporallappen zeigt starke Abnormitäten der Furchung und der Windungen. Der Hinterhauptlappen relativ normal.

Rechte Hemisphäre. Ganze Länge 14,5 cm. An der medialen Seite des Stirnhirns befindet sich in gleicher Ausdehnung, d. h. bis über die Mitte des Gyrus frontalis superior nach vorn eine ca. 1 cm tiefe, kahnartige Grube, deren Boden und Wände durch eine Reihe knolliger und leistenartiger, dabei gekrümmter Hervorragungen (verkümmerte Windungen) gebildet werden. Der Lobulus paracentralis bildet den rückwärts gelegenen Teil dieses Gebietes. Der oberste Abschnitt des Gyrus centralis anterior geht durch Verschmälerung in das Gebiet der Mikrogyrie über und zeigt dabei ca. 2 cm am oberen Ende von unten eine tiefe Querfurche. Der Gyrus centralis posterior ist stark pathologisch. Nach rückwärts dacht sich die Hirnoberfläche steil ca. $2^1/_2$ cm ab. Es steigen aus der gebildeten Grube einzelne Windungen mit gekörnter Oberfläche bis rückwärts zur Fissura parieto-occipitalis wieder an. Von da steigt der mediale Rand allmählich noch etwas weiter an und fällt dann steil zur Spitze des Hinterhauptlappens ab. In das mittlere Gebiet des letzteren ziehen einige verschmälerte Windungen aus dem völlig pathologischen Scheitelhirn hinein. Die Gyri supramarginalis und angularis sind ebenfalls pathologisch.

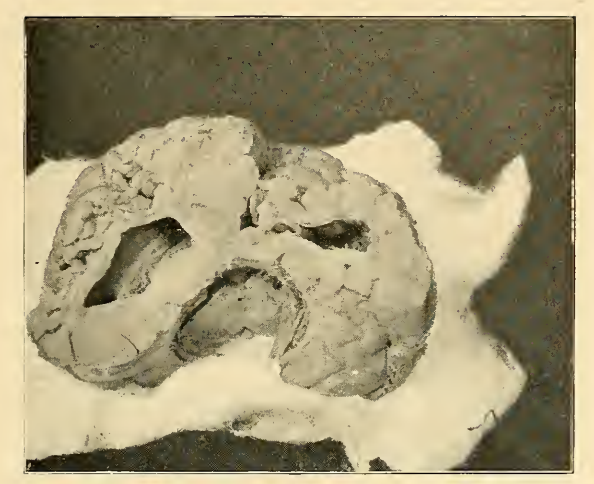


Abb. 41.

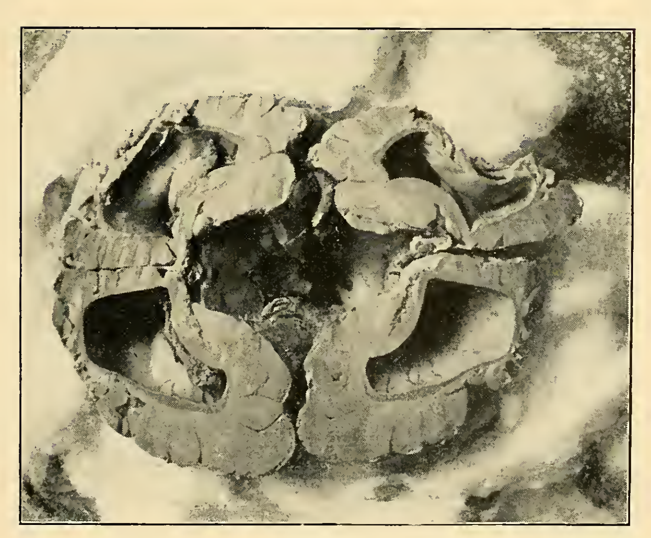


Abb. 42.

Der linke Temporallappen geht weiter nach vorn, als der rechte.

Die Abbildung 39 zeigt das Gehirn in toto. Dasselbe ist etwas nach links geneigt, um die porenkephalischen Defekte an beiden Hemisphären zur Darstellung zu bringen.

Auf dem Frontalschnitt, welchen die Abbildung 40 darstellt, befindet sich die linke Hemisphäre rechts. Die Grössendifferenz zwischen beiden Hemisphären ist leicht erkennbar, der Schnitt ist senkrecht durch die Defekte in der rechten Hemisphäre gelegt.

Die Abbildung 41 stellt ebenfalls einen Frontalschnitt dar. Auf demselben ist die linke Hemisphäre links. Der Schnitt ist senkrecht durch die starke Einsenkung in der linken Hemisphäre gelegt. Auch hier kommt die Differenz beider Hemisphären zum Ausdruck.

Technisches: Sämmtliche drei Aufnahmen sind bei von vorne und von der Seite kommendem Tageslichte gemacht. Der Unterschied beider Beleuchtungen erzeugt eine leichte Schattenbildung, welche besonders auf der Abbildung 41 die Furchen und Windungen des Gehirns heraushebt.

Tafel XXI. Abbildung 42.

Klinisches: Porenkephalie.

L. J. aus A., 19 Jahre alt. Aufgenommen in das Landeshospital Hofheim am 22. Juli 1895.

Lernte erst im 4. Lebensjahre gehen und sprechen, litt bis zum 6. Jahre an Krämpfen. Befund: Hält den Kopf hintenüber nach rechts. Kleiner Schädel. Zurückfliehende Stirne. Rechtes Ohr verkrüppelt. Gehörgänge eng, rechte Gesichtshälfte stärker entwickelt und innerviert, als linke. Beiderseits Strabismus convergens. Pupillenreaktion vorhanden. Linker Arm an den Körper gepresst, im Ellenbogen gebeugt. Linke Hand gewöhnlich eingeschlagen. Reflexe verstärkt. Geht unsicher mit gespreizten Beinen. Völlig schwachsinnig. Häufige Anfälle. Exitus im Status epilepticus August 1897. Das Gehirn wog frisch 880 g. Schädelbasis asymmetrisch. Knocheneinlagerungen in der Dura, besonders links. Porenkephalische Defekte in beiden Hemisphären, rechts stärker wie links.

Das Gehirn ist auf S. 21 der II. Auflage der psychiatrischen Diagnostik abgebildet. Auf der Abbildung 42 ist dasselbe durch einen Frontalschnitt zerlegt und auseinander geklappt. Die linke Hemisphäre befindet sich auf dem Bild unten, die rechte oben. Es fällt die enorme Erweiterung der Hinterhörner beiderseits ins Auge. Rechts bildet der Boden der Defekte unmittelbar das Dach des Hinterhorns. Beiderseits erscheint die Wand des Ventrikels gekörnt und rauh. Von den Ventrikeln ist der linke auch nach vorne beträchtlich erweitert. Die Mikrogyrie ist deutlich erkennbar.

Technisches: Bei der Aufnahme war der Apparat von oben nach unten gerichtet. Das Tageslicht kam von vorne oben und seitlich oben. Die rechte Hemisphäre ist stärker beleuchtet, als die linke.

TAFEL XXII.



Abb. 43.



Abb. 44.

Tafel XXII. Abbildung 43.

Klinisches: Delirium alcoholicum.

Eine Profilansicht des Patienten ist auf S. 20 der II. Auflage der psychiatrischen Diagnostik gegeben.

P. M. aus M., 44 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 6. Dezember 1898.

Der begleitende Polizist giebt an, ihn halbnackt auf dem Felde gefunden zu haben. Befund: Starker Tremor der Finger und der Zunge. Verletzung der rechten Cornea. Die linke Pupille reagirt auf Lichteinfall. Patellarreflexe beiderseits gesteigert. Rechts Fussklonus. Zahlreiche Hautverletzungen, eine grössere oberhalb des linken Auges. Der Urin enthält Eiweiss. Giebt an, er habe bei einer herumziehenden Schauspielertruppe einen Wilden spielen müssen, sei geschwärzt worden und habe silberne Franzen angezogen bekommen. Als er Streit mit den Leuten bekommen habe, habe ihm einer Hasenschrot ins Auge geworfen. Er sei dann eingesperrt worden, habe aber die Thüre erbrochen und sei zu einem Arzt in der Nähe, welcher ihn nach der Klinik in Giessen gewiesen habe. Er habe sich auch dorthin aufgemacht, habe aber unterwegs Halt machen müssen, weil die Chaussee und die ganzen Felder durch Telephonarbeiter aufgewühlt gewesen seien. Alles habe sich dann bewegt, und er habe querfeldein springen müssen, um den umfallenden Bäumen und den ihn umschlingenden Telephondrähten zu entgehen. Ausserdem habe er Funken gesehen. Von da ab fehle ihm die Erinnerung. Als er im Arrestlokal zu sich gekommen sei, habe er erst geglaubt, er sei in einer Kneipe.

Während der weiteren Behandlung Nachlassen der Zittererscheinungen, Verschwinden des Eiweisses aus dem Urin, allmähliches Verblassen der Erinnerung an die Sinnestäuschungen. „Das sei nur Einbildung gewesen“.

Die Abbildung 43 zeigt den Patienten im Zustande der Rekonvalescenz. Bemerkenswert sind die schmale Stirne, der nach oben sich zuspitzende kleine Schädel, die zahlreichen Runzeln um die Augen. Der Mund rechts etwas mehr geöffnet wie links. Gewulstete Lippen. Stumpfer Gesichtsausdruck.

Technisches: Das Tageslicht fiel bei der Aufnahme von vorne oben, es werden dadurch die unteren Gesichtspartieen mehr beschattet, wie die oberen.

Tafel XXII. Abbildung 44.

Klinisches: Delirium alcoholicum.

F. J. aus T., 41 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 5. Dezember 1899.

Starker Tremor der gespreizten Finger, Schweissausbruch, differente Pupillen mit guter Reaction bei Lichteinfall. Patellarreflexe erheblich gesteigert. Lidklonus bei geschlossenen Augen. Starke motorische Unruhe. Macht Gebärden, als ob er etwas haschen wollte, greift in der Luft darnach, eilt in eine

Ecke, um es festzuhalten. Gebärdet sich, als ob er an einem Bau arbeite, kommandiert, wie es beim Heben schwerer Lasten zu geschehen pflegt. Sieht einen Mann, der ihm die Haare schneiden will, springt im Zimmer umher, um denselben zu greifen. Ruft plötzlich „jetzt ist er weg gehupft." Sieht später einen Mann mit einem Vollbart und einem eisernen, glühenden Hammer. Auch in den nächsten Tagen motorische Erregung und Sinnestäuschungen. Allmähliches Verschwinden der letzteren. Hervortreten körperlicher Beschwerden. Am 10. Januar geheilt entlassen. Partielle Amnesie für seine Sinnestäuschungen.

Die Abbildung zeigt den Patienten kurz nach dem Verschwinden der Sinnestäuschungen. Auffallend ist die sehr hohe Stirne. Keine Innervationsstörungen im Gesicht. Der Gesichtsausdruck ist ein unsicherer, zugleich nachdenklicher.

Technisches: Bei der Aufnahme fiel das Tageslicht von oben und von zwei Seiten. Die rechte Gesichtshälfte erscheint mehr beschattet als die linke.

Tafel XXIII. Abbildung 45.

Klinisches: Delirium alcoholicum.

L. C. aus N., 49 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 4. Juli 1900.

Grossvater väterlicherseits Potator. Mehrfach körperlich krank. Trank täglich ca. 10 Viertel Schnaps und 1—2 Flaschen Bier. Vor 10 Jahren Erregungszustand, der 2—3 Tage anhielt. Glaubte sich damals in den 70er Krieg zurückversetzt, fühlte sich von dem Feind verfolgt. Seit 3—4 Tagen ähnlicher Zustand. Fiel plötzlich bei der Arbeit um, wurde schwindelig, sah beständig schwarze Würmer in der Luft. Glaubte Vögel, Mäuse, Spinnen über den Boden hinfliegen zu sehen, griff darnach. Kommt allein in die Klinik. Halluciniert stark. Sieht schwarze Würmer in der Luft fliegen und sucht dieselben zu fangen. Körperlicher Befund: Feinschlägiger Tremor der gespreizten Finger, Schwanken des Körpers bei geschlossenen Augen. Pupillen reagieren auf Licht gut. Im Urin kein Eiweiss. Die Sinnestäuschungen bestanden noch ziemlich lange fort. Am 7. August 1900 wurde der Kranke geheilt entlassen.

Die Abbildung zeigt den Patienten im Wachsaal zu Bett. Der Kopf ist in die Kissen zurückgelegt. Die Augen sind nach oben gerichtet, als ob der Patient angestrengt nach etwas blickte. Der Mund ist geschlossen. Die Stirn ist ziemlich stark innerviert, wodurch im Verein mit der Augenstellung das Gesicht den Ausdruck der Aufmerksamkeit erhält.

Tafel XXIII. Abbildung 46.

Klinisches: Morphinismus. Hysterie.

X. C. aus V., 27 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 13. Februar 1901.

Wird vom Krankenhaus in E. zugeführt, wohin er aus dem Untersuchungsgefängnis verlegt worden war. Giebt an, pro die 10—15 Spritzen einer 12% Morphiumlösung zu sich genommen zu haben. Hatte ein ordnungsmässiges Recept bei sich, auf welchem Morph. muriatic. 12,0 (!!) auf aq. dest. 100,0 für ihn verordnet ist. Eine Erkundigung beim Krankenhaus ergiebt, dass er zuletzt 15—20 Spritzen einer 5% Lösung injicirt bekommen hat. Befund; Auf der ganzen Körperoberfläche Injectionsnarben, typische Knoten im subcutanen Gewebe. Patellarreflexe sehr lebhaft. Pupillen untermittelweit, reagieren auf Lichteinfall. Puls voll, etwas beschleunigt, 92 in der Minute. Willkürlich verstärkter, heftiger Tremor der gespreizten Finger. Neigung zu fabulierenden Erzählungen über Herkunft und Vorleben, Renommistereien, Beschönigungen seiner mehrfachen kriminellen Handlungen. Rasche Entziehung des Morphiums unter Zuhilfenahme von Schlafmitteln. Heftige Abstinenzerscheinungen. Erregungszustände. Vom 23. Februar 1901 ab kein Morphium mehr. Mehr und mehr hysterische Züge. Drohungen, labile Stimmung, krankhaft gesteigerte Affekte, erhöhte Pulsfrequenz, Zittererscheinungen auf psychogener Basis, vermehrte Schweissabsonderung. Infolge von bestehender Struma und leichtem Exophtalmus Morbus Basedowii differentialdiagnostisch mit in Betracht gezogen.

Die Abbildung zeigt den Patienten im Wachsaal. Auffallend sind die breite Schädelform, die stark entwickelte Nase, das vorstehende Kinn. Das Gesicht erscheint gedunsen, die Gesichtszüge sind roh.

Technisches: Das Tageslicht fiel von zwei Seiten von oben auf den Patienten. Rechts war das Fenster näher wie links. Die Einzelheiten im Gesicht treten durch die Schattenbildung gut hervor.

Tafel XXIV. Abbildung 47.

Klinisches: Geistesstörung bei Urämie.

G. A. aus B., 36 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 31. Dezember 1899.

Der Vater war 12 Jahre in einer Irrenanstalt, wurde geheilt. Normale Jugendentwickelung. War erst im Militärdienst beschäftigt, dann bei einer Bahngesellschaft. Lebte mässig. Keinerlei Exzesse. Keine Geschlechtskrankheiten. War auffallend lebhaft, regsam, talentvoll. Lebte in glücklicher Ehe. Zwei gesunde Kinder. Ausbruch der Störung einige Tage vor dem Eintritt. Zeigte ein aufgeregtes, excentrisches Wesen, war motorisch unruhig, entwickelte grossartige Pläne. Bei der Aufnahme ausserordentlich stark erregt, redet verwirrt durcheinander, gestikuliert sehr stark. Körperlicher Befund: Pupillen von ungleicher Weite, linke weiter als rechte. Reaktion vorhanden. Patellarreflexe bei starker psychomotorischer Spannung nicht auslösbar. Der Urin enthält Eiweiss. Oedeme an beiden Sprunggelenken. Oedematöse Schwellung



Abb. 45.



Abb. 46.

beider Augenlider, besonders der unteren. Weiterhin in steter Bewegung. Unausgesetztes, ideenflüchtiges Reden, Schreien, Singen, Pfeifen. Starker körperlicher Rückgang bei ungenügender Nahrungsaufnahme. Rückgang des Körpergewichts in einer Woche von 62 kg auf 55 kg. Nach einer vorübergehenden Besserung, wobei sich das Körpergewicht wieder um 3 kg hob, erneute, heftige Erregungszustände bei andauernder Verwirrtheit. Dann Collaps und Exitus letatis am 2. Februar 1900. Sektion von den Angehörigen verweigert. Differentialdiagnostisch kamen anfänglich Manie, später noch Paralyse in Betracht.

Die Abbildung 47 zeigt den Krankheitszustand, wie er sich etwa Mitte Januar bei dem Patienten ausgebildet hatte. Die ausserordentlich starke körperliche Abmagerung kommt hauptsächlich in den tief eingefallenen Wangen zum Ausdruck. Die Stirne erscheint infolge der eingesunkenen Gesichtspartien ungewöhnlich breit. Die Stirnmuskulatur ist in horizontale Falten gelegt. Der Gesichtsausdruck ist ein düsterer, schmerzlicher.

Technisches: Bei der Aufnahme wurde Tageslicht verwendet. Dasselbe kam von vorne oben und seitlich oben. Durch die erzeugten Schattenbildungen treten die Einzelheiten im Gesicht deutlich hervor.

Tafel XXIV. Abbildung 48.

Klinisches: Epilepsie.

J. H. aus C., 33 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 26. Dezember 1899.

Keine hereditäre Belastung. Lernte in der Schule schlecht, war „dumm". Mit circa 16—17 Jahren der erste Krampfanfall. Von da ab allmähliche Zunahme der Anfälle. War zeitweise in einer amerikanischen Anstalt, kam im November nach Deutschland zurück. Litt andauernd an Krampfanfällen. Vor dem jeweiligen Beginn derselben reizbar, leicht erreglich, thätlich. Nach den Anfällen völlige Amnesie, körperliche Erschöpfung. Befund: Schlaffe Haltung, schwerfällige, langsame Bewegungen. Pupillen gleich weit, reagiren gut auf Lichteinfall. Patellarreflexe vorhanden, der linke stärker, als der rechte. Gleichgiltiges, apathisches Wesen, spricht von selbst nichts, antwortet meistens mit „Yes". Brombehandlung. Am 15. Februar 1900 der erste Krampfanfall von etwa 5 Minuten Dauer. Nach dem Anfall völlig amnestisch. Will nicht glauben, dass er einen solchen gehabt habe. Weiterhin regelmässig Anfälle. Unverändert am 12. Juni 1900 in die Landesanstalt überführt.

Die Abbildung zeigt den Patienten auf einem Stuhl im Tagraum. Die Stirne ist stark in horizontale Falten gelegt, die Augenbrauen sind nach oben gezogen, die oberen Augenlider sind halb geschlossen. Die untere Gesichtshälfte ist wenig innerviert. Auffallend ist noch die breite Nasenwurzel. Der Gesichtsausdruck ist ein gleichgiltiger, apathischer.

Technisches: Die Aufnahme ist bei Tageslicht gemacht. Das Licht fällt dabei von vorne oben und seitlich oben. Durch die leichte Schattenbildung kommen die Einzelheiten gut zur Geltung.



Abb. 47.



Abb. 48.

Tafel XXV. Abbildungen 49 und 50.

Klinisches: Epilepsie.

Bild aus F. 43 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 7. April 1900.

Kommt nachts mit zwei Begleitern in die Klinik. Ist laut, stark motorisch erregt. Nach dem ärztlichen Zeugnis trat schon seit längerer Zeit jährlich einmal im Frühjahr ein typischer epileptischer Anfall auf, während sonst häufig heftige Kopfschmerzen bestanden. Im Laufe der letzten Monate sodann 3—4 Anfälle. Am 28. März 1900 Influenza mit Bronchialkatarrh. Während dieser Erkrankung am 3. April 1900 deutliche Erscheinungen von Delirium. Er sah Männer und Knaben, die ihn verfolgten, wurde mit Speis, Steinen u. s. w. geworfen und machte entsprechende Abwehrbewegungen. Dabei sehr rascher Puls, Rötung des Gesichts, kein Fieber. Zunahme der Vorstellungen. Glaubte, Nachbarn suchten sein Haus ab, bohrten Löcher in die Wände, durchnässten ihn mit der Feuerspritze, vernichteten das Haus vollständig. Abwehrhandlungen. Griff seine Umgebung an, versuchte aus dem Fenster zu springen, suchte nach Waffen, um sich zu verteidigen. Hörte ständig über sich sprechen, war deshalb ausserordentlich misstrauisch. Körperlicher Befund: Sehr frequenter, jeden 12. bis 15. Schlag aussetzender Puls. Starker Tremor der gespreizten Finger. Ausserordentllich gesteigerte Patellarreflexe. Bauch- und Cremasterreflexe nicht vorhanden. Pupillen ziemlich weit, different. Reaktion auf Licht vorhanden. Der Urin enthält ca. 0,5 ‰ Albumen. Heftige motorische Erregung. Verfolgungsvorstellungen. Glaubt das Essen sei vergiftet und will deshalb nichts zu sich nehmen. Sinnestäuschungen, Tiervisionen. Auffallend undeutliche, kaum verständliche Sprache. Zunehmende körperliche Schwäche. Unsichere, taumelnde Bewegungen. Allmählich Erholung unter vorläufigem Weiterbestehen von Sinnestäuschungen. An letztere anknüpfende ängstliche Vorstellungen. Misstrauisch, reizbar, leicht erreglich; phantastischer Charakter der Sinnestäuschungen: Er habe gesehen, dass auf der Isolierabteilung Kinder auf einen Tisch gelegt und zerschnitten worden seien. Einen Teil habe man ins Feuer geworfen, das habe er gerochen. Einen Teil habe man in ein Zimmer gethan und der Rest hänge auf dem Boden. Auch akustische Hallucinationen. Von Ende April ab zunehmende Besserung. Subjektives Wohlbefinden abgesehen von einer noch eine Zeit lang andauernden körperlichen Müdigkeit. Erinnerung an die hallucinatorischen Zustände bei Mangel der Erinnerung an objektive Ereignisse. Am 6. Mai 1900 ein Krampfanfall mit nachfolgender Amnesie. Eingeleitet wurde derselbe durch einen heftigen Schrei. Rasche Erholung. Reizbares, leicht erregliches Wesen, Neigung zu Streitereien und zum Querulieren bis zum Austritt am 13. Mai 1900.

Von den Abbildungen 49 und 50 zeigt die erste 49 den Patienten während der obenerwähnten köperlichen Erschöpfung. Der Unterkiefer ist

TAFEL XXV.

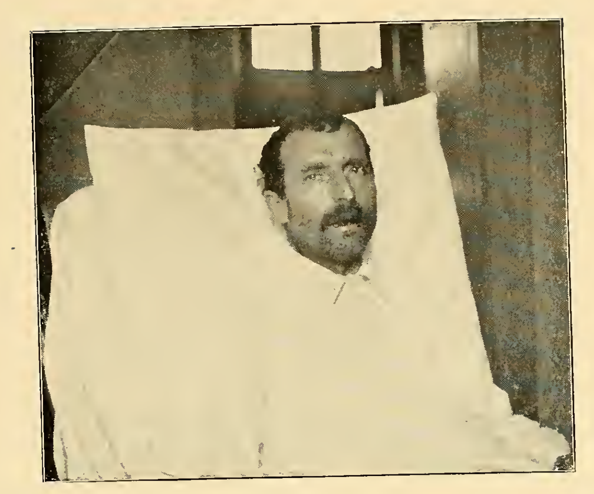


Abb. 49.

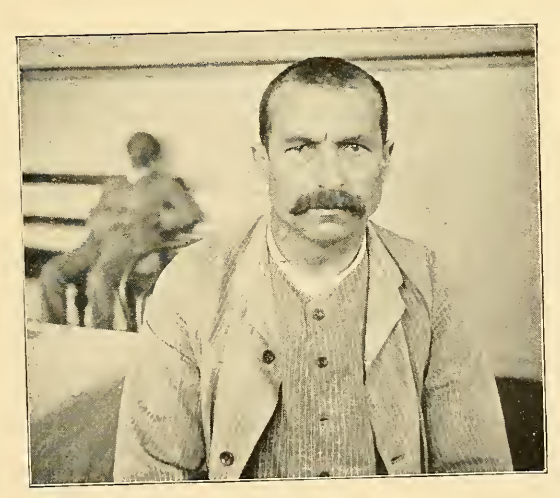


Abb. 50.

herabgesunken, die Augen können nur mühsam offen gehalten werden. Die Gesichtsmuskulatur ist schlaff, der Gesichtsausdruck verrät äusserste Müdigkeit und Erschöpfung.

Auf der Abbildung 50 befindet sich der Kranke in der Rekonvaleszenz. Er ist nicht mehr verwirrt, wird aber noch von Sinnestäuschungen und paranoischen Vorstellungen beherrscht. Der Unterkiefer ist energisch angezogen, die Gesichts- und Stirnmuskeln sind stark innerviert. Der Gesichtsausdruck ist ein finsterer, misstrauischer.

Technisches: Beide Aufnahmen sind Tageslichtaufnahmen. Bei der Aufnahme 50 fiel das Licht von vorne oben, bei der Aufnahme 51 kam noch Seitenlicht von links hinzu. Durch die erzeugte, leichte Schattenbildung Hervortreten besonders der linken Nasolabialfalte und der scharf eingeschnittenen Vertikalfalte oberhalb der Nasenwurzel.

Tafel XXVI. Abbildung 51.

Klinisches: Epilepsie.

H. M. aus C., 21 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 28. September 1900.

Der Vater soll Trinker gewesen sein. Entwickelte sich angeblich regelmässig. Erlernte das Bäckerhandwerk. Wurde mehrfach kriminell, war zuletzt in einer Strafanstalt interniert. Wurde in die Klinik überführt, weil er plötzlich in einen ausserordentlich starken Erregungszustand verfallen war, tobte, schrie, um sich schlug und die Nahrung verweigerte. War sehr stark gemeingefährlich. Nach der Aufnahme heftigste motorische Erregung, Verfolgungsvorstellungen, Angriffe auf die Umgebung. Dazwischen kurzdauernde stuporöse Zustände, scheinbar lucide Intervalle, Dämmer- und Absencezustände. Religiöser Charakter der Psychose. Redet viel von Teufeln und Hexen; mehrfach sexuelle Handlungen. Impulsive Wutakte. Personenverkennungen. Hallucinationen. In den Intervallen zwischen den Erregungszuständen häufig stark misstrauisch, zeitweise auch wieder lenksam und beinahe zärtlich. Keine gröberen Intelligenzdefekte. Fortdauernder Wechsel zwischen den heftigsten Erregungszuständen und ruhigerem Verhalten bis zu der Ueberführung in eine Landesanstalt.

Die Abbildung 51 zeigt den Patienten im Einzelzimmer auf einer Decke kauernd, eine Haltung, welche er häufig längere Zeit einnahm. Der Blick ist nach oben gerichtet. Die Augen sind weit geöffnet. Der Mund ist fest geschlossen. Verwildertes Aussehen. Leerer, abwesender Gesichtsausdruck.

Technisches: Aufnahme bei Tageslicht im Einzelzimmer. Das Licht fällt etwas seitlich von oben. Stärkere Beschattung der rechten Gesichtshälfte.



Abb. 51.



Abb. 52.

Tafel XXVI. Abbildung 52.

Klinisches: Epilepsie.

M. N. aus T., 20 Jahre alt. Eintritt in die psychiatrische Klinik am 3. Juli 1899.

Unehelich geboren. Wuchs unter ärmlichen Verhältnissen auf. War ein mittelmässiger Schüler. Mit 15 Jahren in die Lehre zu einem Schuhmacher. Musste wieder austreten, da er „Anfälle" bekam. Der erste Anfall etwa 14 Tage nach Verlassen der Schule. Hatte im Anfang das Gefühl, als ob sich der Kopf nach rechts drehe, fiel dann rücksichtslos zu Boden. Dauer der Anfälle 10—15 Minuten, dann körperliche Erschöpfung und 2 bis 3 Tage Kopfschmerzen. Mehrfach Verletzungen durch das plötzliche Hinstürzen. Körperlicher Befund: Zahlreiche Tätowierungen. Patellarreflexe beiderseits gesteigert, links schleudernd. Pupillen ziemlich weit. Reaktion auf Lichteinfall gut. Psychisch keine gröberen Intelligenzdefekte, dagegen erhebliche Urteilsschwäche. Anfänglich ruhiges, williges Verhalten, später zunehmend anspruchsvoll, reizbar, querulierend. Mehrfach Krampfanfälle. Brombehandlung.

Die Abbildung zeigt den Patienten von vorne. Starke Vertikalfaltung der Stirne. Ausgeprägte Nasolabialfalten. Der Gesichtsausdruck ist ein finsterer, mürrischer.

Technisches: Tageslichtaufnahme im Freien. Seitliche Beleuchtung. Die linke Gesichtshälfte dadurch mehr beschattet, als die rechte.

Tafel XXVII. Abbildungen 53 und 54.

Klinisches: Epilepsie.

L. J. aus B., 53 Jahre alt. Aufnahme in die psychiatrische Klinik am 1. Dezember 1898.

Der Vater starb an Wassersucht, die Mutter an Hirnerweichung. Ein Bruder starb an Schwindsucht; ein anderer an Hirnerweichung. Entwickelte sich regelmässig. Zweimal verheiratet. Aus der ersten und zweiten Ehe je zwei gesunde Söhne. Seit etwa 1891 Neigung zu leichtsinniger Lebensführung, die immer mehr zunahm. Trank und rauchte viel, verbrauchte sehr viel Geld. Im Jahre 1893 ein Schlaganfall, konnte nicht mehr sprechen, lesen, schreiben. Kam dann in eine Privatanstalt, da man glaubte, es handle sich um Gehirnerweichung. Nach einem Jahr gebessert probeweise entlassen. Konnte zu Hause nicht bleiben, da er sehr stark excedierte. Wurde zurückgebracht und nachdem er entmündigt war, Herbst 1894 entlassen. In der Zeit während der probeweisen Entlassung der erste Krampfanfall. 1897 erneuter Schlaganfall mit Sehstörungen. Im Spätherbst dieses Jahres Krampfanfälle, die sich vom

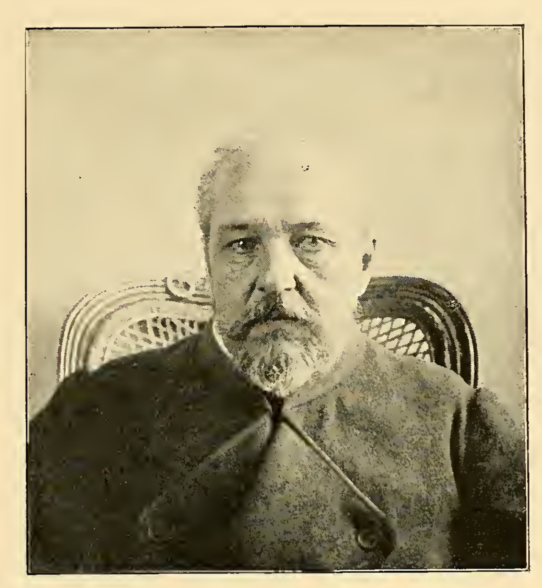


Abb. 53.

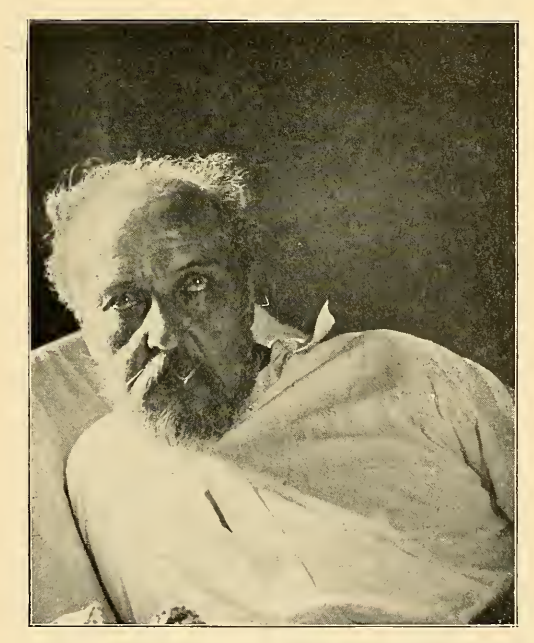


Abb. 54.

Februar 1898 an alle 4—5 Wochen regelmässig wiederholten. Auftreten der Anfälle gewöhnlich nachts. Redete irr, beging verkehrte Handlungen, wurde gefährlich für seine Umgebung. Nach den Anfällen Besinnungslosigkeit, volle Amnesie, körperliche Erschöpfung, Nervensensationen. Ausserhalb der Anfälle joviales, entgegenkommendes Wesen. Körperlicher Befund: Kein Schwanken bei geschlossenen Augen. Lebhafte Patellarreflexe. Andeutung von Fussklonus. Keine Augenmuskelstörungen. Geringe Pupillendifferenz. Reaktion der Pupillen auf Lichteinfall gut. Rechter Mundwinkel steht tiefer, als linker. Keine Artikulationsstörung. Urin ohne pathologische Beimengungen. Psychischer Befund: Ist häufig nicht imstande, einzelne Gegenstände sofort zu bezeichnen und braucht öfters mehrere Minuten, bis er den richtigen Ausdruck findet. Starke Gedächtnisstörung, Vergesslichkeit, Mangel an Orientierungsvermögen, Urteilsschwäche, Intelligenzdefekte. Im übrigen konciliantes, freundliches Wesen, Innehalten der äusseren Formen, übergrosse Höflichkeit. Neben vereinzelten nervösen Beschwerden während des Aufenthaltes in der Klinik (Austritt 29. Januar 1900) 9 Serien von Krampfanfällen. Meist 10—15 hintereinander. Während dieser Anfälle starre Pupillen, gesteigerte Patellarreflexe. Erhöhte Pulsfrequenz (bis 140), Temperatursteigerung, Erbrechen, Produktion von enormen Quantitäten Urin, völlige, tiefe Bewusstlosigkeit. Nach den Anfällen 8—14tägige Dämmerzustände mit starker motorischer Erregung, Bewegungsstereotypien, Wortwiederholungen. Völlige Amnesie.

Von den Abbildungen zeigt die erste, 53, den Patienten während seines gewöhnlichen Zustandes. Auffallend sind die tief eingeschnittenen Nasolabialfalten. Das Tieferstehen des rechten Mundwinkels ist erkennbar. Der Gesichtsausdruck ist ein ruhiger, freundlicher, verbindlicher.

Auf dem zweiten Bilde, 54, ist der Patient während eines Dämmerzustandes dargestellt. Er ist völlig verwirrt. Der Blick ist in die Ferne gerichtet. Die Mundwinkel sind stark nach unten gezogen. Vertikal- und Horizontalfalten der Stirne sind scharf ausgeprägt. Der Gesichtsausdruck ist ein abwesender, visionärer.

Technisches: Bei der Aufnahme 53 wurde seitlich oben einfallendes Tageslicht verwendet. Durch die erzeugte Schattenbildung sind besonders die Nasolabialfalten scharf herausgearbeitet.

Bei der Aufnahme 54, welche ebenfalls bei seitlichem Tageslicht gemacht wurde, wurde die Schattenseite durch Magnesiumlicht aufgehellt. Die dadurch erzielte Plastik ist eine beträchtliche.

Tafel XXVIII. Abbildungen 55 und 56.

Klinisches: Epilepsie.

B. B. aus J., 26 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 19. März 1901.

Keine hereditäre Belastung. Ist das einzige Kind seiner Eltern. Hat einmal in der Zahnperiode an Krämpfen gelitten. Lernte in der Schule sehr gut, zeigte eine allseitige Begabung. Soll den ersten Krampfanfall durch

TAFEL XXVIII.



Abb. 55.



Abb. 56.

Schrecken bei einem Gewitter im 15. Lebensjahr bekommen haben. Die Anfälle wiederholten sich dann regelmässig, anfänglich alle 4—5 Wochen, dann immer häufiger, zuletzt alle Tage. Seit einem Jahr traten psychische Erscheinungen stärker hervor: Gedächtnisschwäche, Verwirrtheitszustände, Unverträglichkeit. Drei Wochen vor dem Eintritt in die Klinik ein schwerer Anfall. Seither fast täglich Wutanfälle, in denen er auf alles, was er erreichen konnte, losschlug. Während dieser Wutausbrüche vollständig geistesabwesend, nach denselben teilnahmlos. Wurde so tobsüchtig, dass die Angehörigen ihn fesseln mussten, um ihn vor Schaden zu bewahren. Körperlicher Befund: Leichtes Zittern der Finger und der geschlossenen Augenlider. Unsicherer taumelnder Gang. Kaum verständliche Sprache. Gesteigerte Kniesehnenreflexe. Die Pupillen reagieren auf Lichteinfall. Alle psychischen Vorgänge gehemmt und verlangsamt. Antwortet erst nach mehrfachen Wiederholungen der Fragen. Häufig falsche Antworten. Zeitlich unorientiert. Starke intellektuelle Schwäche. Mehrfache Krampfanfälle. Bewusstseinsstörungen. Motorische Erregung. Stundenlanger stuporartiger Zustand mit völliger Reaktionslosigkeit gegen jeden äusseren Reiz.

Von den Abbildungen zeigt die erste, 55, den Patienten in seiner gewöhnlichen Haltung im Bett. Der Kopf ist stark nach hinten gebeugt. Der Mund ist geöffnet, die Mundwinkel sind nach unten gezogen. Die Augen sind halb geschlossen. Der Blick ist ausdruckslos. Der Gesichtsausdruck ist ein stumpfer, blöder.

Auf der zweiten Abbildung ist der Patient nach einem Krampfanfall dargestellt. Auch hier ist der Mund geöffnet. Die Augen stehen nach links. Neben dem blöden Ausdruck macht sich noch Erschöpfung in den Gesichtszügen geltend,

Technisches: Beide Aufnahmen sind bei Tageslicht gemacht. Bei 55 kam dasselbe von vorne oben, bei 56 ebenfalls von oben, aber mehr von der Seite. Es erscheint dadurch die rechte Gesichtshälfte mehr beleuchtet, als die linke.

Tafel XXIX. Abbildung 57.

Klinisches: Epilepsie.

L. L. aus H., 19 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 29. April 1896.

Ein Verwandter des Vaters soll an Krämpfen leiden, sonst keine erbliche Belastung. Blieb in der Entwickelung etwas zurück. Schon in der Jugend eigensinnig, zornig, zu Gewaltthätigkeiten geneigt. Kam in der Schule nicht mit. Seit dem 15. Jahre Krampfanfälle, welche an Zahl und Heftigkeit rasch zunahmen. Fortschreitende psychische Degeneration. Wutparoxysmen mit gemeingefährlichen Handlungen. Angriffe auf die Angehörigen. Befund: Pupillen mittelweit, reagieren auf Lichteinfall gut. Schwache Patellarreflexe. Vorgeschrittener, geistiger Schwächezustand. Ziemlich lange dauernde Anfälle mit Krampferscheinungen und Bewusstlosigkeit. Motorische Erregung. Aggres-

TAFEL XXIX.



Abb. 57.



Abb. 58.

sives, reizbares Wesen. Sammeltrieb, zeitweise auch nervöse Beschwerden. Selbstbeschädigung durch Eintreten einer Fensterscheibe. Brombehandlung. Ueberführung in die Landesanstalt am 13. August 1896.

Die Abbildung 57 zeigt die Patientin etwas zurückgelehnt auf einem Stuhle sitzend. Die Kappe, welche sie trägt, ist aus therapeutischen Gründen (Entfernung von pediculis) angelegt. Der Mund ist geschlossen, die Augen sind nach dem Apparat gerichtet. Der Gesichtsausdruck ist ein trotziger.

Technisches: Bei der Aufnahme fiel das Licht etwas schief von vorne oben. Das Gesicht ist gleichmässig beleuchtet.

Tafel XXIX. Abbildung 58.

Klinisches: Idiotie mit Epilepsie.

N. O. aus C., 26 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 6. Juli 1896.

Vorleben wenig bekannt. Angeblich ohne erbliche Belastung. Wurde im Alter von $^1/_4$ Jahr wegen Hasenscharte und Gaumenspalt operirt. Mangelhafte geistige Entwickelung. Wechselndes Verhalten, bald lenksam und zugänglich, bald ausserordentlich reizbar. Seit Eintritt der Menses im Zusammenhang mit denselben heftige Erregungszustände, hochgradige Exaltation, gesteigerte Reizbarkeit, Neigung zu Schimpfereien und Streitereien, Ohnmachtsanfälle, angeblich auch Krampfanfälle. Befund: Ausserordentlich breite Nasenwurzel, deformierte Nase infolge der Operation, ebenso deformierte Oberlippe. Patellarreflexe vorhanden. Reaktion der Pupillen auf Lichteinfall gut. Kein Fussklonus. Rechtes Stirnbein mehr entwickelt, als linkes. Geringes Zurücktreten des linken Os zygomaticum. Ausgesprochener, starker psychischer Schwächezustand. Weiss nicht, wo sie ist, wie ihr Geburtsort heisst, kennt nur die Namen einiger Städte in der Nähe ihres Heimatortes. Ganz geringes Rechenvermögen. Erkennt die Uhr nicht. Während des Aufenthaltes keine eigentlichen Krampfanfälle beobachtet, dagegen mehrfach Verwirrtheitszustände, welche den Eindruck von Dämmerzuständen erweckten. Einigemal heftige motorische Erregung mit erotischem Charakter. Reizbares Wesen. Beeinträchtigungsideen. Am 5. Oktober 1896 in die Landesanstalt überführt (vergl. auch Sommer, Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden. Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien 1899. S. 52 ff.).

Auf der Abbildung 58 sind die durch die Hasenschartenoperation verursachten Deformitäten an Mund und Nase erkenntlich. Ebenso fällt der auffallend breite Nasenrücken auf. Der Gesichtsausdruck ist ein blöder, verwunderter.

Technisches: Die Aufnahme wurde mit Magnesiumblitzlicht gemacht. Die Beleuchtung des Gesichtes ist eine gleichmässige, die untere Körperhälfte ist stark beschattet.

Tafel XXX. Abbildung 59.

Klinisches: Hydrokephalie mit abnormer Reizbarkeit und tobsüchtigen Erregungen mit epileptischem Charakter.

M. C. aus S., 26 Jahre alt, aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 24. November 1897. Der Fall ist auf S. 201 der II. Auflage der psychiatrischen Diagnostik geschildert.

Die Abbildung zeigt den Patienten im Ablaufe eines Erregungszustandes. Die Haltung ist eine selbstbewusste, trotzige. Die Unterlippe steht vor, der Mund ist etwas geöffnet. Der Hut ist schief auf den Kopf gestülpt. Der Gesichtsausdruck ist ein trotziger, provozierender.

Technisches: Bei der Aufnahme wurde von vorne oben kommendes Tageslicht verwendet. Das Gesicht erscheint gleichmässig beleuchtet, Einzelheiten treten wenig hervor.

Tafel XXX. Abbildung 60.

Klinisches: Geistesstörung bei Chorea.

H. B. aus F. 57 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 5. Juli 1899.

Der Vater des Patienten ist jung gestorben. Derselbe soll etwas aufgeregter Natur gewesen sein. Ueber die Jugend ist wenig bekannt. Der Kranke war beim Militär, heiratete später. Er hat einen Sohn, der etwas eigentümlich sein soll und als Kind an Krämpfen gelitten hat. Vielfach körperlich krank, besonders Magenleiden und Magenkrankheiten. Geschäftliche Schwierigkeiten. Keine luetische Infektion. Kein Potus. Vor zwei Jahren Erregungszustände. Nach vorübergehender Apathie Steigerung derselben. Wahnvorstellungen. Beeinträchtigungsideen. Misstrauisches, ängstliches Wesen. Befund: Bewegungen mit Kopf, Armen und Beinen. Unaufhörliche Verziehungen des Gesichtes. Mitbewegungen beim Sprechen. Eigentümlich tappender Gang. Macht nach jedem Schritt eine Ruhepause. Beugt den Kopf nach rechts, nickt ruckweis mit demselben von links nach rechts, schiebt den Unterkiefer weit vor, bewegt die Zunge im Mund hin und her, ballt die Hand zur Faust, streckt sie wieder, spreizt die Finger, ist in unausgesetzter Bewegung. Patellarreflexe beiderseits sehr lebhaft, linke Pupille weiter als rechte. Beide Pupillen reagieren auf Lichteinfall gut. Keine Augenmuskelstörungen. Dolichokephaler Schädel. Rechtes Stirnbein mehr gewölbt, als linkes. Zunge gross und dick. Dieselbe kann nicht vor die Zahnreihe gebracht werden. Der Patient wälzt dieselbe unter lebhaften Mitbewegungen des Unterkiefers hin und her und versucht sie selbst mit den Fingern herauszuziehen. Ist örtlich und zeitlich orientiert. Produziert Beeinträchtigungsideen mit Selbstvorwürfen, sonderbare paranoiische Vorstellungen. Weiterhin hypochondrische Ideen, unruhiges Wesen, Neigung zum Querulieren. Mangelhaftes Rechen-

vermögen, mittlere Schulkenntnisse. Macht sich falsche Vorstellungen über seine Umgebung, glaubt, man verwechsle ihn, halte ihn für einen andern, zeigt mehrfach Personenverkennungen im Verkehr mit der Umgebung. (Vergleiche den in der II. Auflage der Diagnostik S. 88 wiedergegebenen Fragebogen).

Die Abbildung zeigt den Patienten in seiner gewöhnlichen Haltung. Der Kopf ist nach rückwärts gebeugt, das Kinn nach vorne gehoben. Der Mund ist geöffnet, die Oberlippe emporgezogen. Die sehr starke Innervation des Gesichts und Stirnmuskulatur tritt scharf hervor. Der Gesichtsausdruck verrät Unsicherheit und Misstrauen.

Technisches: Aufnahme im Freien bei seitlichem Sonnenlicht. Die Nasolabialfalten, sowie die Vertikalfalten oberhalb der Nasenwurzel treten durch die Schattenbildung deutlich hervor.

Tafel XXXI. Abbildung 61.

Klinisches: Hysterie.

Fr. K. aus M. 10 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 13. Juli 1896.

Die Mutter leicht erreglich, „nervös hysterisch". Patientin war ein kluges, gewecktes Kind, das sich regelmässig entwickelte. In der Schule lernte sie sehr gut. Sie war umgänglich, lenksam, freundlich. Im Herbst 1895 krankhafte Erscheinungen. Aenstigte sich sehr, bekam Erregungszustände, in denen sie ihre Kleider zerriss, um sich schlug. Allmähliche Zunahme der Erkrankung. Mehrfach Anfälle mit krampfartigen Erscheinungen und kataleptischer Starre. Wurde aus der Schule genommen, worauf sich der Zustand unter geeigneter Behandlung wieder besserte. An Ostern 1896 aus äusserer Ursache neuerliche Anfälle mit Krämpfen, bekam hochgradige Erregungszustände, schrie laut. Befund: Psychomotorische Hemmung bei Auslösung der Patellarreflexe. Kein Fussklonus. Pupillen mittelweit, reagieren sehr gut auf Lichteinfall. Hippus. Beim Ausstrecken der Arme und Finger leichter Tremor mit Schleuderbewegungen der ganzen Extremität. Leicht ängstlicher, manchmal weinerlicher Gesichtsausdruck, vollkommen orientiert. Rechnet leidlich. Keine krankhaften Vorstellungen. Differentialdiagnose mit Chorea. Anfänglich Bettbehandlung. Später ausser Bett. Neigte zur Nachahmung einzelner Mitkranker.

Die Abbildung 61 zeigt die Patientin zu Beginn der Behandlung im Bett. Sie lehnt an der Wand und blickt nach dem photographischen Apparat. Der Gesichtsausdruck ist ein ernster, etwas ängstlicher.

Technisches: Bei der Aufnahme fiel das Tageslicht von vorne oben. Gleichmässige Lichtwirkung ohne Schattenbildung.

TAFEL XXX.



Abb. 59.

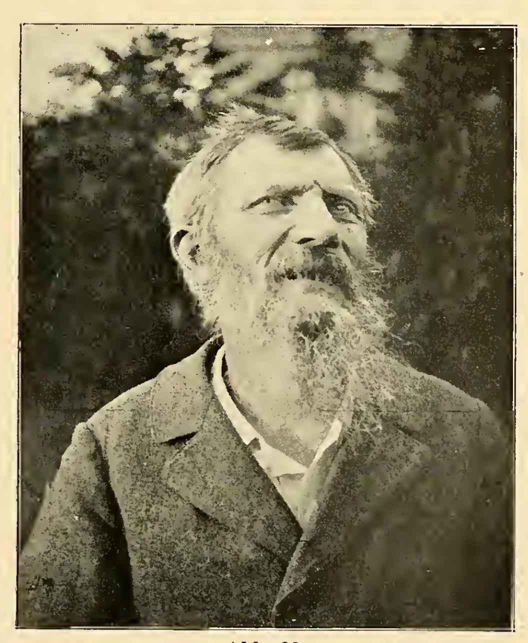


Abb. 60.

Tafel XXXI. Abbildung 62.

Klinisches: Hysterie.

F. J. aus G. 11 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 8. Juni 1896.

Keine hereditäre Belastung. Lernte früh gehen und sprechen. Machte in der Schule gute Fortschritte, beschäftigte sich gerne mit religiösen Dingen. Machte im Frühjahr eine Influenza durch, war um Ostern aphonisch geworden, wurde im Bett gehalten, da sie wenig ass und körperlich erschöpft schien. Wurde weiterhin eines Morgens bewusstlos, machte krampfartige Bewegungen, schlug mit Händen und Beinen um sich, schien zu „sterben", äusserte später, „ich war im Himmel, beim Herrn Jesus, das war zu schön". Uebte mit Nachbarkindern Choräle. Dann wieder ein Anfall, wobei sie völlig steif lag, mit Flüsterstimme redete und die Umstehenden zur Gottesfürchtigkeit ermahnte. Weiterhin „jede Woche etwas anderes". Bald steif im Bett, bald ruhelos umherwandernd. Rutschte schliesslich andauernd auf den Knieen im Zimmer umher. Bei der Aufnahme wirft sie sich sofort auf die Erde und beginnt auf den Knieen im Zimmer umherzurutschen. Während einer klinischen Vorstellung dasselbe Verhalten, wählt aber vorsichtig ihren Weg und umgeht alle Hindernisse. Dabei ängstlicher Gesichtsausdruck. Auf eine Chaiselongue gelegt, macht sie krampfartige Bewegungen mit den Beinen, deckt sich aber sorgfältig zu, wenn sie sich entblösst. Redet nur in Flüstersprache, scheinbar unter grossen Anstrengungen. Augen meist geschlossen. Bulbi stark nach oben rotiert. Patellarreflexe leicht gesteigert. Pupillen mittelweit, Reaktion auf Licht gut. Auf geeignete Behandlung rasche Heilung.

Auf der Abbildung 62 ist die Patientin im Beginn der Behandlung dargestellt. Sie sitzt auf den Knieen einer Pflegerin. Die Augen sind halb zugekniffen, der Mund ist geschlossen. Der Gesichtsausdruck ist ein eigentümlich lauernder.

Technisches: Tageslicht von vorne oben und seitlich. Rechte Gesichtshälfte mehr beleuchtet als linke.

Tafel XXXII. Abbildung 63.

Klinisches: Hypochondrie.

A. J. aus H., 61 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 26. Juni 1900.

Der Vater starb an Gelbsucht, die Mutter an „Rückgratslähmung". Patient hatte als Kind mit dem Kopf und dem Gehör viel zu thun, hörte seither schlecht. Beschäftigte sich als Landwirt. Kam vom Militär frei. Heiratete mit 25 Jahren. Hat gesunde Kinder. 1865 ein ähnlicher Krankheitszustand. War nach seiner eigenen Aussage „toll im Kopf". Vor 14 Tagen, angeblich infolge von Hitzewirkung, eine Art „Anfall", wobei es ihm wieder



Abb. 61.



Abb. 62.

„toll im Kopf“ geworden sei. Seither habe er nichts mehr arbeiten können. Klagt hauptsächlich über Schwindel im Kopf, körperliche Müdigkeit, leichte Erschöpfbarkeit. Befund: Pupillen eng, von gleichem Durchmesser, reagieren auf Lichteinfall. Tremor der Finger, besonders links. Patellarreflexe vorhanden. Während der Behandlung alle möglichen Beschwerden, von welchen bald die einen, bald die anderen mehr betont werden. Erweist sich als stark beeinflussbar. Bei Ausschluss einer organischen Hirnkrankheit kam diagnostisch nur Hypochondrie (Hysterie) in Betracht. Antinervöse Therapie. Appetit und Schlaf allmählich sehr gut. Einzelne nervöse Beschwerden bei der Entlassung noch vorhanden.

Auf der Abbildung 63 besonders auffallend die starke Runzelbildung um den Mund, welcher festgeschlossen ist. Das Gesicht bekommt dadurch einen pfiffig-schlauen Ausdruck.

Technisches: Bei der Tageslichtaufnahme kam das Licht schief von oben. Die Runzeln um den Mund und die Vertikalfalten über der Nasenwurzel werden durch die leichte Schattenbildung deutlich sichtbar.

Tafel XXXII. Abbildung 64.

Klinisches: Symptomatische Gemütsdepression bei hallucinatorischem Wahnsinn.

J. T, aus M., 39 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 8. Juni 1901.

Ein Onkel mütterlicherseits ist geisteskrank gestorben. Eine Nichte mütterlicherseits war ein Jahr in einer Irrenanstalt. Patient entwickelte sich regelmässig. In der Schule lernte er schwer, war jedoch fleissig. Kam wegen Augenleidens vom Militär frei. Heiratete 1886. Sechs Kinder, sämmtlich gesund. War fleissig, trank nicht. Litt öfters an Lungenkrankheiten. Seit zwei Jahren verändert. Ging nie mehr in Gesellschaft. Seit $^1/_4$ Jahr ängstliche Vorstellungen: Die Gendarmen würden ihn holen. Auf Einreden meinte er: ihr seid dumm, hört nicht, was über mich gesprochen wird. Litt fortwährend an Sinnestäuschungen, schlief nicht, ass schlecht. Am 1. Juni 1901 Suicidversuch. Wollte sich in Gegenwart mehrerer Männer aufhängen, hängte sich, nachdem er enteilt war, wirklich auf. Wurde abgeschnitten, brach beim Herabstürzen das Nasenbein und zog sich eine Spaltung der Nase und Oberlippe zu. Wurde ärztlich behandelt. Am 6. Juni 1901 sprang er plötzlich auf und brachte sich mit einem Schnitzmesser zwei klaffende Wunden hinten am Hals bei. Befund: Keine Zeichen einer organischen Nerven- oder Gehirnkrankheit. Ist über sich und seine Umgebung orientiert. Schulkenntnisse und Rechenvermögen ausreichend. Andauernd Hallucinationen schreckhaften Inhaltes, reagiert auf dieselben mit Blicken, Gebärden, Abwehrhandlungen. Häufig leises Selbstgespräch, manchmal auch laute Abwehr der Beschuldigungen. Nie verwirrt. In den Zwischenzeiten mehr apathisch als depressiv. Differentialdiagnose mit Paranoia und Melancholie.



Abb. 63.



Abb. 64.

Die Abbildung zeigt den Patienten kurz nach der Aufnahme im Bett. Die Sklera des rechten Auges am äussern Winkel bis zum Pupillenrand blutig infiltriert. Die Nase stark aufgetrieben, völlig zerrissen. Der Mund ist halb geöffnet, sodass die unteren Schneidezähne sichtbar werden. Die Augen sind nach oben gerichtet, der rechte Bulbus steht mehr nach aussen, als der linke. Die Wunden am Hals sind nicht sichtbar. Das Gesicht ist stark entstellt. Der Gesichtsausdruck ist ein mehr apathischer, als ängstlicher.

Technisches: Tageslichtaufnahme bei etwas schief von vorne oben kommendem Licht. Die Stirne ist mehr beleuchtet, als der übrige Teil des Gesichts.

Tafel XXXIII. Abbildungen 65 und 66.

Klinisches: Symptomatische Gemütsdepression.

(Vergl. auch Sommer, Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden 1899, S. 254.)

J. M. aus D., 31 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik erstens vom 4. September 1897 bis 29. Dezember 1897, zweitens vom 13. September 1899 bis 29. März 1900.

Starke hereditäre Belastung von der väterlichen, mehr noch von der mütterlichen Seite. Entwickelte sich langsam, litt an Krämpfen. Das Lernen machte ihm grosse Schwierigkeiten, er hatte mit dem Sprechen Mühe, stotterte häufig, besonders wenn er in Erregung geriet. War eigensinnig, hauptsächlich, wenn etwas gegen seinen Willen ging. Nach der Konfirmation trat er in die väterliche Wirtschaft ein. Hatte öfters die Absicht zu heiraten, konnte aber den Entschluss dazu nicht fassen. Seit 1895 sprach er, wenn er allein war, gern mit sich selbst, schimpfte vor sich hin, unterliess dies aber in Gegenwart anderer. Legte sich im Frühjahr 1897 ohne Grund zu Bett, ass nichts. Aeusserte Beziehungsideen, glaubte, man habe über ihn gesprochen. Erholte sich wieder bald und schien genesen. Im Sommer 1897 erneuter Ausbruch. Nach einigen Prodromalerscheinungen am 3. September 1897 heftiger Erregungszustand. Stand plötzlich aus dem Bett auf, rief durch das Fenster nach Gendarmen. Er sprach wirr durcheinander, er sei verloren, es brenne, „sie kommen schon". In der Nacht zum 4. September Zunahme der Erregung Schrie laut, rief: „sie schiessen mich tot", war motorisch unruhig. Befund: Keine auf eine organische Nerven- oder Gehirnkrankheit deutenden Symptome. Gesteigerte Patellarreflexe. Fussklonus. Feinschlägiges Zittern der gespreizten Finger. Mässige Schulkenntnisse. Unvermögen, einen richtigen Brief zu schreiben. Während des Aufenthaltes in der Klinik: Wahnideen, Andeutungen von Sinnestäuschungen, ängstliches Wesen, Hemmungs- und Spannungszustände. Einmal wurde eine Art Anfall beobachtet. Zeitweise völliger Mutismus: Fortdauernd verschüchtertes, gehemmtes Wesen unter allmählichem Abblassen der Wahnvorstellungen. Aus der Klinik am 29. Dezember 1897 als geheilt entlassen. Arbeitete wieder zu Hause. Mitte Juli 1899 erneuter Krankheitsausbruch mit einem heftigen Erregungszustand ohne äussere Ursache. Aengst-



Abb. 65.

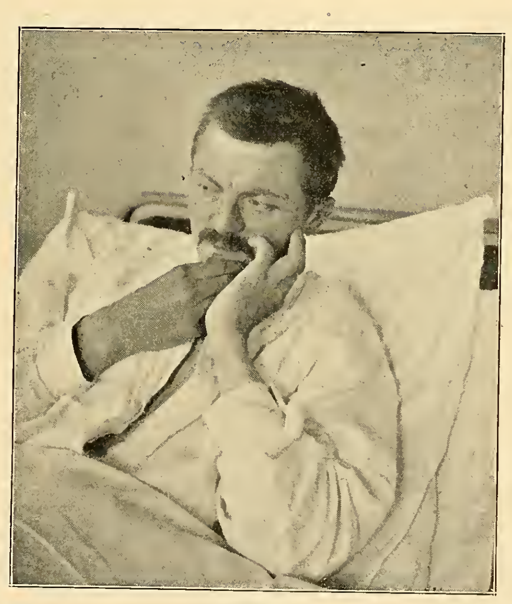


Abb. 66.

liche Wahnideen, die Gendarmen holten ihn, das Haus sei fortgerutscht. In der Klinik dasselbe Bild, wie beim ersten Aufenthalt. Weinerlich, ängstlich, zeitweise apathisch, stuporös. Hemmungs- und Spannungszustände. Stereotypien. Musste mit dem Löffel ernährt werden. Unverändert in eine Anstalt überführt. Differentialdiagnose zwischen Epilepsie und Katatonie.

Die Abbildung 65 zeigt den Patienten in einem stuporös-gehemmten Zustande. Der Kopf ist von dem Kissen erhoben (diese Haltung behielt der Kranke stunden- und tagelang bei), der Unterkiefer ist fest gegen den Oberkiefer gepresst, die Stirnhaut ist in Vertikalfalten gelegt, der Blick ist in die Ferne gerichtet. Starrer, dabei ängstlicher Gesichtsausdruck.

Auf der Abbildung 66 ist der Patient in einem Zustande gesteigerter Aengstlichkeit und Weinerlichkeit dargestellt. Der Kopf ist ebenfalls von den Kissen erhoben. Beide Hände sind an die linke Wange und das linke Kinn angelegt. Die Mundwinkel sind nach abwärts gezogen. Der Gesichtsausdruck ist ein ängstlicher, weinerlicher, misstrauischer.

Technisches: Beide Aufnahmen sind bei Tageslicht im Wachsaal angefertigt. Das Licht kam dabei durch mehrere dem Patienten gegenüber befindliche Fenster von oben. Die feineren Innervationsverhältnisse treten besonders auf dem Bild 66 hervor.

Tafel XXXIV. Abbildungen 67 und 68.

Klinisches: Gemütsdepression mit Wahnbildungen.

B. T. aus P., 36 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 12. Juni 1900.

Die Eltern sind an Lungenschwindsucht gestorben, ebenso ein Bruder. Keine Nerven- oder Geisteskrankheiten in der Familie. Regelmässige Entwickelung. Kam in der Schule sehr gut mit. Keine luetische Infection. Heirat mit 27 Jahren. Ein gesundes Kind. Seit Herbst 1899 hypochondrische Beschwerden, allmälich mit Erregungszuständen. Glaubte aus einem Nachbarhaus mit Typhus angesteckt worden zu sein, befürchtete, sterben zu müssen. Konnte sich nicht mehr zur Arbeit entschliessen. Dann heftiger Erregungszustand. Sprach allerlei merkwürdige Dinge, wollte vor seinem vermeintlichen Tode noch Frau und Kinder umbringen. Ging willig mit zur Klinik. Befund: Keine körperliche Krankheit. Pupillen von mittlerer Weite, beide reagieren auf Lichteinfall sehr gut. Feinschlägiger Tremor der gespreizten Finger. Lebhafte Patellarreflexe. Allerhand hypochondrische Vorstellungen, er sei magen-, herz-, nervenkrank, müsse sterben. Gutes Rechenvermögen. Befriedigende Schulkenntnisse. Ziemlich orientiert. Personenverkennungen. Wahnvorstellungen: er habe Frau und Kind umgebracht. Sieht nachts einen nachtwandelnden Jungen mit einem „Ding“ auf dem Kopf, sich selbst auf einem Dach, meint, er müsse sich erschiessen, äussert auch, er sei schon gestorben. Beschuldigt sich selbst allerlei widernatürlicher sexueller Delikte. Ein Mitpatient ist der Scharfrichter aus Berlin, der gekommen ist, um ihn zu köpfen. Zunehmend



Abb. 67.



Abb. 68.

depressives Wesen. Will nichts mehr essen mit der Motivierung, er habe seinen Bruder auch verhungern lassen. Meint andauernd, er müsse sterben, wird ängstlich und weinerlich, wenn man mit ihm spricht. Hemmungs- und Spannungserscheinungen. Iterativerscheinungen auf sprachlichem Gebiete. Vorübergehend heftige Erregungszustände. Dabei stets orientiert. Hilflos, unentschlossen, beeinflusst von seiner Umgebung. Allmäliges Abklingen der Versündigungsideen, Hervortreten von Beziehungsvorstellungen. Gebessert entlassen.

Auf der Abbildung 67 ist der Patient in einem ängstlich stuporösen Zustande dargestellt. Die obere Gesichtshälfte, besonders die Stirne, ist stärker innerviert, wie die untere. Die Haltung ist eine starre. Der Blick ist in die Ferne gerichtet. Der Gesichtsausdruck ist ein hilfloser, apathischer, depressiver.

Die Abbildung 68 zeigt den Kranken mit weinerlich verzogenen Gesichtszügen. Die linke Gesichtshälfte ist mehr innerviert, als die rechte. Die Vertikalfalten der Stirne über der Nasenwurzel treten scharf heraus. Der Gesichtsausdruck verrät weniger Schmerz, als weinerliche Aengstlichkeit.

Technisches: Beide Abbildungen sind im Wachsaal zu stande gekommen. Das Tageslicht kam, wie bei den vorher gehenden Bildern, durch eine gegenüberliegende Fensterreihe von oben. Besonders auf der Abbildung 68 tritt durch die leichte Schattenbildung die Innervation der Gesichtsmuskulatur deutlich hervor.

Tafel XXXV. Abbildungen 69 und 70.

Klinisches: Symptomatische Gemütsdepression bei Katatonie.

H. K. aus B., 59 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 29. Mai 1899.

Starke hereditäre Belastung. Die Mutter ist geistesgestört, entmündigt. Ein Bruder beging Suicid. Zwei Schwestern sind geistesgestört und in einer Anstalt. Der Sohn ist Potator. Ueber die Jugend ist wenig bekannt. Der Patient soll ein guter Schüler gewesen sein. Wanderte frühzeitig aus. Erwarb sich durch Fleiss und Umsicht ein ziemlich beträchtliches Vermögen. Heiratete mit 23 Jahren. Seit seinem 25. Lebensjahre nervös, reizbar. War deshalb mehrfach in Kaltwasserheilanstalten. Trank nicht, erlitt keine luetische Infektion. Seit 1898 wieder in Deutschland. Im Dezember dieses Jahres zunehmend gereiztes, ruheloses Wesen, äusserte Beeinträchtigungsideen, glaubte, die Leute spotteten über ihn und hielten ihn zum besten. Seit Februar Schlaflosigkeit, Wahnvorstellungen: er sei ein Verbrecher, müsste eingesperrt werden, habe eine schwere Schuld auf sich. In der letzten Woche vor dem Eintritt sich stetig steigernde, psychische Depression mit zwei Selbstmordversuchen. Völlig niedergeschlagen, ratlos, lebensmüde, in beständiger Verzweiflung über seine angebliche Schuld. Befund: Keinerlei Symptome einer organischen Nerven- oder Gehirnkrankheit. Ausserordentlich starke Aengstlichkeit. Ist völlig orientiert, rechnet gut, hat gute Schulkenntnisse. Zunehmende, starke



Abb 69.



Abb. 70.

Depression, mutloses, hilfloses, energieloses Wesen. Hält sich für den grössten Sünder der Erde, bekommt seine Henkersmahlzeit, hört das Schaffot zimmern. Mehrfache, heftige Erregungszustände. Andauernde Nahrungsverweigerung. Versuche zur Selbstbeschädigung. Starke funktionelle Schwankungen. Stuporöse Zustände. Sprachliche Iterativerscheinungen. Negativismus. Personenverkennungen. Eigentümliche Wahnvorstellungen: der Bau habe sich nachts verschiedenemal um seine Axe gedreht. Glaubt, man halte ihn für einen anderen, als den, der er wirklich sei. Dann mehr und mehr Beziehungsvorstellungen. Interkurrente Erregungszustände, dauernd ängstlich, weinerlich und depressiv. Bewahrt einen Postabschnitt auf, will denselben nicht hergeben, erklärt, es sei dies sein Vermögen.

Nach probeweiser Entlassung im Mai mit dem Sohn ins Ausland. Benahm sich angeblich „geordnet". Nachdem er zurückgekommen war, bald wieder zunehmend unruhig und ängstlich. Drängte zur Klinik, drohte, sich zum Fenster hinauszustürzen. Nach der Aufnahme das frühere Krankheitsbild: depressives, ängstliches Wesen. Wahnideen aller Art. Personenverkennungen, leichte Erregbarkeit und Reizbarkeit. Zornausbrüche mit Angriffen auf die Umgebung.

Die Abbildung 69 zeigt den Kranken im Wachsaal zu Bett. Der Blick ist auf einen Punkt des Saales gerichtet. Die Stirne ist hauptsächlich horizontal gefaltet. Die Mundwinkel sind nach unten gezogen, die Nasolabialfalten treten dadurch stark hervor. Der Gesichtsausdruck ist ein depressiver, misstrauisch-ängstlicher.

Auf der Abbildung 70 ist die Horizontalfaltung der Stirne eine noch stärkere. Die Linien zeigen dabei eine Einbuchtung nach unten; die Augenbrauen sind mehr zusammengezogen. Die Nasolabialfalten gehen nach aussen, der Mund ist in die Breite gezogen. Die Gesichtszüge bringen ein weinerlich-ängstliches, unsicheres Wesen zum Ausdruck.

Technisches: Bei beiden Aufnahmen wurde Tageslicht verwendet. Dasselbe kam von vorne oben und von der einen Seite oben. Die erzielte leichte Schattenbildung bringt die Innervationsverhältnisse deutlich zum Ausdruck.

Tafel XXXVI. Abbildung 71.

Klinisches: Melancholie.

L. C. aus O., 20 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 12. Juli 1896.

Ein Onkel soll Epileptiker gewesen sein. Entwickelte sich regelmässig, erlitt als Kind eine „Gehirnerschütterung" durch Sturz eine Treppe hinunter. Lernte in der Schule in genügender Weise. Seit Anfang Juni unter Störungen der seither regelmässigen Menstruation langsam zunehmende Verstimmung. Sie zog sich von ihren Bekannten zurück, mied ihre Angehörigen, arbeitete nicht mehr regelmässig, schlief schlecht, hatte geringen Appetit, magerte ab. Nach vorausgegangener poliklinischer Behandlung Aufnahme in die Klinik. Befund: Keine Symptome eines organischen Nerven- oder Gehirnleidens.

TAFEL XXXVI.



Abb. 71.



Abb. 72.

Mässige Intelligenz. Mittelmässige Schulkenntnisse. Starke psychomotorische Hemmung. Aengstlich, weinerlich, motorisch erregt. Bleibt nicht im Bett. Drängt andauernd nach Hause. Keine fixierten Wahnvorstellungen. Depressive labile Stimmung. Mehrfach psychogene Züge: zeigt vorübergehend Aphasie und Abasie, verliert diese Erscheinungen auf Zureden wieder. Neigung zur Nachahmung der Krankheitsäusserungen anderer Patienten. Allmähliche Besserung. Stellt sich nach ihrer Entlassung im September 1896 zu Beginn des Jahres 1897 als gänzlich geheilt wieder vor.

Auf der Abbildung 71 ist die Patientin zu Beginn der Behandlung geschildert. Sie sitzt in ängstlicher Haltung quer im Bett. Die sehr auffallende Innervation der Stirnmuskulatur wird auf der Reproduktion leider nur unvollkommen wiedergegeben. Der Gesichtsausdruck ist ein depressiver, gespannt-ängstlicher.

Technisches: Aufnahme bei schief von oben kommendem Tageslichte. Durch die erzielte Schattenbildung wirkt das Bild ausserordentlich plastisch.

Tafel XXXVI. Abbildung 72.

Klinisches: Melancholie.

U. J. aus P., 41 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 16. Mai 1896.

Ohne hereditäre Belastung. Regelmässige Jugendentwickelung. Seit 19 Jahren verheiratet. Zwei Söhne, von denen einer lebt und gesund ist. Seit Ostern schmerzliche Verstimmung. Ass nichts mehr, magerte ab, schlief wenig, kümmerte sich nicht mehr um ihren Haushalt, äusserte Selbsmordideen. Musste in einem Krankenhaus mit der Sonde gefüttert werden, da sie jede Nahrungsaufnahme verweigerte. Keine Zeichen einer organischen Nerven- oder Gehirnkrankheit. Bei der Untersuchung starke, ängstliche Spannung. Geht auf Fragen nicht ein, äussert mehrfach: „ich bin ja niemand, lassen Sie mich gehen, machen Sie mich nur tot. Ich bin des Sakraments nicht mehr würdig.“ Völlig interesselos für ihre Umgebung. Ausgeprägter Kleinheitswahn. Aengstliches, furchtsames Wesen bei jeder Milieuveränderung. Hemmungs- und Spannungszustände. Langsam zunehmende Besserung. Die Körpergewichtskurve, welche in der ersten Woche von 55,5 kg auf 54,0 kg gefallen war, hebt sich bis Anfang September auf 74,0 kg (!). Wiedereintritt der Menses am 18. Dezember. Am 30. Januar 1897 geheilt entlassen.

Die Abbildung 72 zeigt die Patientin zu Beginn der Behandlung im Bett. Sie hat die Hände zusammengelegt und stützt sich auf den linken Arm. Der Oberkörper ist nach vorn gebeugt, der Kopf gesenkt. Der Mund ist fest geschlossen. Der Blick ist in die Ferne gerichtet. Der Gesichtsausdruck ist ein starrer, depressiver.

Technisches; Aufnahme bei Tageslicht mit etwas schief von vorn und oben kommender Beleuchtung. Die untere Gesichtshälfte ist mehr beschattet als die obere.

Tafel XXXVII. Abbildung 73.

Klinisches: Manie.

J. S. aus G., 24 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 3. Juni 1897. (Vergleiche auch Sommer: Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungmethoden. 1899, S. 376 ff.)

Beide Eltern haben Suicid begangen. Ein Vatersbruder war vorübergehend in einer Irrenanstalt. Der Patient selbst entwickelte sich in normaler Weise. Als Kind war er zornig, eigenwillig, liess sich nicht gern etwas sagen. In der Schule lernte er leicht. Die Erkrankung brach ganz plötzlich am 1. Juni 1897 aus. Er gab an diesem Tage einem jungen Menschen Geld und liess im Friedhof nach Geld graben, welches in einem Gasthof gestohlen worden war. Weiterhin glaubte er, sein eigenes Geld sei ihm gestohlen worden. Bei dem Besuch eines Arztes war er sehr erregt, äusserte Grössenideen: er wolle Landwirtschaftslehrer und Professor werden. Dabei sprang er von einem Thema aufs andere, sprach unzusammenhängend. Am 3. Juni 1897 geriet er mit einer Nachbarsfrau in heftigen Streit und bedrohte sie mit Totschlag. Befund: Keine für eine organische Krankheit in Betracht kommenden Nervensymptome. Starke sprachliche Erregung. Beschleunigter Vorstellungsablauf. Zusammenhangloses, abgerissenes, ideenflüchtiges Gerede. Lässt sich schwer auf seine intellektuellen Fähigkeiten untersuchen, ist zur Lösung von Rechenaufgaben z. B. kaum zu bringen, erklärt: „das langweilt mich". Steigerung der motorischen Unruhe. Lacht, schimpft, weint, entkleidet sich vollständig. Interkurrent depressive Zustände. Stimmung im übrigen meist gehoben, euphorisch, selbstbewusst. Allmähliches Zurücktreten der motorischen und sprachlichen Erregung, Hervortreten von Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen, welche jedoch rasch wieder verschwinden. Mitte Oktober geheilt entlassen.

Die Abbildung 73 zeigt den Patienten in der Rekonvalescenz. Er sitzt mit unterschlagenen Armen aufrecht auf einem Stuhl. Der Kopf ist erhoben. Die ganze Haltung drückt Selbstbewusstsein aus. Der Gesichtsausdruck ist ein spöttisch-überlegener.

Technisches: Aufnahme bei seitlich einfallendem Tages- (Sonnen-) Licht. Die linke Gesichtshälfte ist mehr beleuchtet als die rechte.

Tafel XXXVII. Abbildung 74.

Klinisches: Periodische Geistesstörung.

J. D. aus J., 47 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 5. März 1899.

Keine hereditäre Belastung. Entwickelung ohne Besonderheiten. Soll in der Schule ein begabter Schüler gewesen sein. Verheiratete sich. Hat sechs gesunde Kinder. Erlitt im Jahre 1883 dadurch einen Unfall, dass ihm aus beträchtlicher Höhe ein schwerer Sandstein auf den Kopf fiel. War schon 1889 ein Jahr lang in einer Irrenanstalt. Zeigte seither „ein aufgeregtes Wesen, unstäte Handlungsweise, Neigung zum Potatorium". Der jetzige Krankheitszustand trat plötzlich ein. Der Patient wurde ohne äusseren Grund sehr erregt, redete verwirrt, konnte kaum festgehalten werden, wurde thätlich. Er produzierte wechselnde Wahnvorstellungen, hauptsächlich Grössenideen. Befund: Patellarreflexe beiderseits vorhanden, lebhaft. Kein Tremor der gespreizten Finger. Differente Pupillen, welche auf Lichteinfall gut reagieren. Urin ohne pathologische Beimengungen. Antwortet auf die Frage, was sind Sie?: „Ich bin Maurer und Kaiser der fünf Weltteile, im Namen Jesus Christus." Wer bin ich?: „Sie sind mein leiblicher Bruder, im Namen Spaniens schon." Aeussert weiterhin, er sei der Bürgermeister von J. und ähnliches. Ist orientiert, zeigt keine gröberen Intelligenzdefekte. Während der weiteren Beobachtung andauernde, starke motorische und sprachliche Erregung. Gehobene Stimmung, welche ab und zu von unvermittelt eintretenden depressiven Zuständen unterbrochen wird. Vorübergehende Remissionen. Mitte Juli 1899 in eine Landesanstalt überführt, von wo er nach einiger Zeit wieder nach Hause entlassen wurde (vergl. auch den Fragebogen auf S. 90 der zweiten Auflage der psychiatrischen Diagnostik).

Die Abbildung 74 stellt den Patienten während seines Erregungszustandes dar. Er hat sich mit einer selbstgefertigten Kopfbedeckung geschmückt, der Mund ist leicht geöffnet, die Wangen sind infolge körperlicher Abmagerung etwas eingesunken. Verwilderte Gesichtszüge.

Technisches: Tageslichtaufnahme im ärztlichen Untersuchungszimmer, wobei das Licht von vorn oben und links kam. Die linke Gesichtshälfte erscheint mehr beleuchtet als die rechte.



Abb. 73.



Abb. 74.

Tafel XXXVIII. Abbildung 75 und 76.

Klinisches: Periodische Geistesstörung.

L. S. aus J., 46 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 3. Oktober 1899.

Keine hereditäre Belastung. Regelmässige Jugendentwickelung. Lernte in der Schule mittelmässig. Heiratete vor 15 Jahren. Hat aus dieser Ehe einen Sohn von 14 Jahren, welcher gesund ist. Ein Kind aus einer zweiten Ehe starb frühzeitig. War dem Trunk ergeben. Wurde mehrfach kriminell. Zuletzt wegen Anstiftung zum Meineid in einer Strafanstalt. Bekam während der Strafverbüssung am 2. Oktober 1899, nachdem er einige Wochen hindurch eine „wüste Stimmung“ gezeigt hatte, plötzlich einen sehr heftigen Erregungszustand, schrie und lärmte sehr stark, liess den Director und die Anstalt hochleben und wurde schliesslich so störend, dass seine Ueberführung in die Klinik bewerkstelligt wurde. Befund: Keine für eine organische Nerven- oder Gehirnkrankheit zu verwertenden körperlichen Symptome. Sehr starker Erregungszustand hauptsächlich auf sprachlichem Gebiete. Vollständige Orientiertheit. Keine Intelligenzdefekte. Rascher Vorstellungsablauf. Andeutung von Sinnestäuschungen mit Wahnvorstellungen: eine innere Stimme, ein höheres Wesen geben ihm Befehle. Zunehmende Erregung, besonders auf motorischem Gebiete. Blieb nicht im Bett, lief unaufhörlich umher, wollte nach Hause entlassen sein, da seine Sache erledigt sei. Drohte, die Aerzte zu verklagen, wenn seinem Wunsche nicht Folge geleistet würde, meinte, er sei nicht krank, sondern nur deshalb in der Klinik, um dieselbe zu prüfen. Allmählicher Uebergang in ein ruhiges, geordnetes Verhalten. Keine Amnesie. Beschuldigungen gegen Leute aus seinem Dorfe. Keine paranoischen Vorstellungen gegen die Angehörigen der Klinik. Differentialdiagnostisch kam neben einem maniakalischen Zustande besonders Paranoia in Betracht.

Epikrise: Nach seiner Zurückbringung in die Strafanstalt verbüsste S. den Rest seiner Strafe. Er suchte später bei allen möglichen Behörden ein Wiederaufnahmeverfahren seines Strafprozesses zu erwirken.

Die Abbildungen 75 und 76 illustrieren deutlich den physiognomischen Unterschied im Ablaufe der Erkrankung.

Die erste Abbildung 75 zeigt den Patienten während der Rekonvalescenz. An der Nasenwurzel treten zwei Vertikalfalten hervor, der Mund ist fest geschlossen, die Mundwinkel sind leicht nach abwärts gezogen. Der Gesichtsausdruck ist ein ernster, missmutiger.

Auf der zweiten Abbildung 76 ist der Patient kurz nach dem Eintritt in die Klinik dargestellt. Mund und Augen sind weit geöffnet, die Oberlippe ist stark nach oben gezogen, die Nasolabialfalten verlaufen bogenförmig. Der Gesichtsausdruck ist ein exaltierter, heiterer.

Technisches: Beide Aufnahmen sind bei Tageslicht angefertigt worden. Auf dem Bild 75 kommt dasselbe mehr von vorne, auf dem Bild 76 mehr von der Seite. Das letztere zeigt dadurch eine erhöhte Plastik.

TAFEL XXXVIII.



Abb. 75.

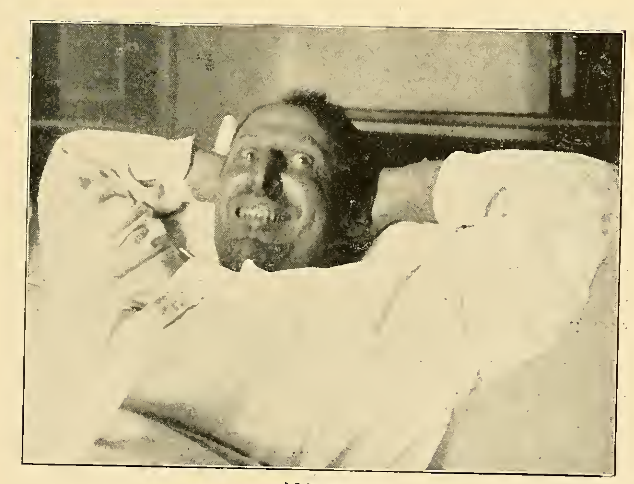


Abb. 76.

Tafel XXXIX. Abbildungen 77 und 78.

Klinisches: Periodische Geistesstörung.

J. T. aus T., 48 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 16. Februar 1898.

Keine hereditäre Belastung. Wuchs in guten Verhältnissen auf, entwickelte sich regelmässig, war als Kind etwas „eigensinnig". Kam vom Militär wegen „Körperschwäche" frei. Verheiratete sich vor 16 Jahren. Von sechs Kindern fünf an unbekannter Krankheit gestorben, ein Junge lebt und ist gesund. War immer fleissig, nüchtern, ruhig, etwas still. Der Ausbruch der Krankheit datiert vom 11. Februar 1898. Er hatte am Abend vorher gegen seine Gewohnheit getrunken. Als er am nächsten Tag von der Arbeit nach Hause kam, redete er allerlei „Dummheiten", betete, sprach verwirrt durcheinander. Am folgenden Tage war er besonders abends sehr erregt, am 14. Februar griff er seine Frau thätlich an, lief in Unterhosen auf die Strasse. Am 15. Februar schloss er sich in ein Zimmer ein, so dass die Thüre erbrochen werden musste, sprang dann in der Stube umher und machte „Dummheiten". Wurde am 16. Februar morgens sehr unruhig, erdrückte sein Kind beinahe, erschrak vor seinem eigenen Schatten. Alle Bewegungen führte er stets dreimal aus und wiederholte auch alle Aeusserungen stets dreimal. Auf dem Weg zur Klinik wollte er zweimal entweichen und äusserte andauernd Verfolgungsideen. Befund: Patellarreflexe vorhanden, Pupillen reagieren gut bei Lichteinfall. Starker psychomotorischer Spannungszustand. Ist sehr erregt, redet anscheinend verwirrt, muss unter heftigstem Sträuben auf die Abteilung geführt werden. Es stellt sich dort heraus, dass völlige Orientiertheit vorhanden ist, wenn es gelingt, den Patienten für einen Augenblick zu fixieren. Produziert allerlei phantastische Vorstellungen: man wolle ihn abschlachten, von unten herauf zerschneiden, will sich deshalb freiwillig in sein Hemd einen kleinen Schnitt machen lassen. Auch in den nächsten Tagen anhaltender Rededrang. Eigentümliche Accentuierung und rythmische Betonung. Aufgreifen und Weiterbilden von Worten, die er in seiner Umgebung hört. Deutliche Beeinflussbarkeit. Pathetische Ausdrucksweise. Starke mimische und gestikulatorische Thätigkeit. Manirierte Haltungen und Bewegungen. Allmähliche Besserung. Geheilt nach einem Monat entlassen.

Wurde später unter ähnlichen Erscheinungen vorübergehend wiederholt in die Klinik aufgenommen.

Auf der Abbildung 77 ist der Patient kurz vor seiner Entlassung dargestellt. Der Mund ist fest geschlossen. Ueber der Nasenwurzel zwei deutliche Vertikalfalten, schiefe Kopfhaltung. Etwas nachdenklicher, freundlich ernster Gesichtsausdruck.

Die zweite Abbildung 78 zeigt den Kranken während seines Erregungszustandes. Er hat den Teppich malerisch um die Schultern drapiert und sitzt



Abb. 77.



Abb. 78.

in würdevoller Haltung. Der Kopf ist erhoben. Die Mundwinkel sind etwas nach abwärts gezogen. Die Augenbrauen sind sehr stark gehoben, an der Stirne machen sich horizontale Falten bemerkbar. Der Gesichtsausdruck ist ein überlegener, exaltierter.

Technisches: Bei der Aufnahme 77 kam das Tageslicht hauptsächlich von vorne oben, bei der mit 78 bezeichneten mehr von der Seite. Das letzterwähnte Bild gewinnt dadurch an Plastik.

Tafel XXXX. Abbildung 79.

Klinisches: Periodische Geistesstörung.

L. E. aus R., 51 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 7. August 1896. (Vergl. auch Sommer, Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden, 1899, S. 7 und 8.)

Angeblich keine hereditäre Belastung. War von Jugend auf etwas absonderlich, lernte in der Schule sehr gut und sollte sogar studieren. Wegen eines Augenleidens militärfrei. Seit 14 Jahren verwitwet. Hat zwei gesunde Kinder. War schon im Jahre 1889 vorübergehend geistesgestört, in den Jahren 1892 und 1895 wegen Geisteskrankheit in einer Irrenanstalt. In den Zwischenzeiten soll er ganz vernünftig gewesen sein. Die Erkrankungen begannen jedesmal mit Hallucinationen, Vergiftungsideen und Aufregungszuständen, wobei er stark trank. Erkrankte vor 7 Wochen wieder, wollte nichts mehr arbeiten, da er trotzdem zu leben habe. Aeusserte, er besitze Millionen, ergab sich in zunehmendem Masse dem Trunke. Befund: Asymetrischer Schädel, auf dem rechten Auge Leukoma prominens, Amaurose. Linke Pupille reagiert auf Lichtreiz prompt. Leicht gesteigerte Patellarreflexe. Auf psychischem Gebiete traten besonders Grössenvorstellungen stark in den Vordergrund, daneben machten sich Verfolgungs- und Vergiftungsideen bemerkbar. Lebhafter Rededrang. Ideenflucht. Rasche Aufeinanderfolge und grosser Wechsel in seinen krankhaften Vorstellungen. Phantastischer Inhalt derselben. Neigung zu spielerischem Wesen. Schmückt sich häufig. Ueber Ort und Zeit meist richtig orientiert. Gute Schulkenntnisse. Auffallend zähes Festhalten seiner Wahnvorstellungen, besonders derjenigen politischen Inhaltes. Die Differentialdiagnose zog hauptsächlich Paranoia mit in Betracht.

Die Abbildung 79 zeigt den Patienten im Freien. Der Kopf ist erhoben, die Haltung drückt Selbstbewusstsein aus. Im linken Mundwinkel hält der Patient eine kurze Holzpfeife, den Hut hat er mit einer Feder geschmückt. Der Gesichtsausdruck, soweit er nicht durch das Sonnenlicht beeinflusst ist, verrät Ueberlegenheit und Selbstbewusstsein.

Technisches: Aufnahme im Freien bei schief von der Seite kommendem Sonnenlicht. Die Vertikalfalten über der Nasenwurzel sind deutlich sichtbar.

TAFEL XXXX.

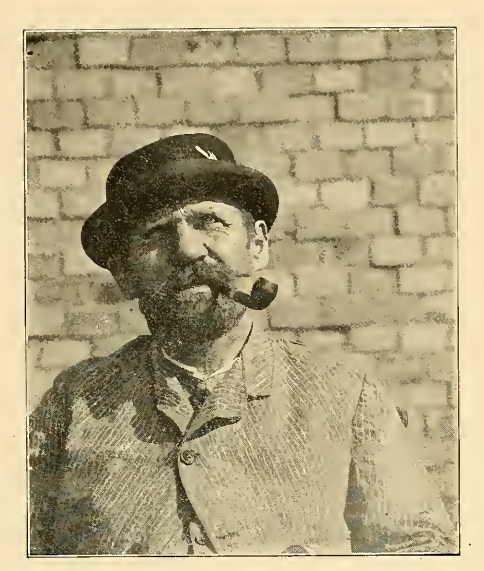


Abb. 79.



Abb. 80.

Tafel XXXX. Abbildung 80.

Klinisches: Periodische Geistesstörung.

B. N. aus P., 56 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 28. Februar 1901.

War schon vom 18. Mai 1896 bis 11. Januar 1897 in der Klinik behandelt worden. Befund: Lebhafte Patellarreflexe. Untermittelweite Pupillen, welche auf Lichteinfall gut reagieren. Kein Tremor der gespreizten Finger. Kommt selbst zur Klinik. Erzählt in weitschweifiger und umständlicher Weise seine seitherigen Lebensschicksale, ist motorisch und sprachlich erregt. Die Stimmung ist euphorisch. Stark gesteigertes Selbstbewusstsein, lebhafte Gestikulation. Allmählich immer mehr zunehmendes Querulieren, will seine eigenen Kleider haben, steckt den Kopf in das Wasserkloset: diese Kur tauge mehr als die sinnlosen Medikamente der Aerzte. Beschmiert sich Oberlippe und Augenbrauen mit Tinte, meint dann, er sei ein Mohr, verstehe die schwarze Kunst. Dann wieder Grössenideen: er sei vom Papste hergesandt, seine Mutter sei die heilige Elisabeth von Hessen, der Grossherzog sei sein Bruder. Drapiert sich mit Teppichen, geht in würdevoller Haltung umher, spricht mit Pathos. Steigerung der motorischen Erregung. Zerreisst und zerstört Wäschestücke, ist unrein. Am 25. März ungeheilt in die Landesanstalt überführt.

Die Abbildung 80 zeigt den Patienten kurz nach der Aufnahme in die Klinik. Der Mund ist in die Breite gezogen, die Unterlippe steht etwas vor. Um die Augen zahlreiche Runzeln und Falten. Der Gesichtsausdruck ist ein lächelnder, selbstbewusst-überlegener.

Technisches: Aufnahme im Untersuchungszimmer bei von vorn oben kommendem Tageslicht. Das Gesicht erscheint gleichmässig beleuchtet.

Tafel XXXXI. Abbildungen 81 und 82.

Klinisches: Verwirrtheit.

J. M. aus P., 46 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 2. September 1896.

Keine hereditäre Belastung. Ein Bruder litt an Tuberkulose, starb frühzeitig. Ueber die Jugendentwickelung ist nichts bekannt. Machte den Feldzug 1870/71 mit. Verheiratet, 4 gesunde Kinder. Keine luetische Infektion, dagegen seit einigen Jahren Potator. In den letzten Jahren psychopathische Erscheinungen: Misstrauen gegen die Frau, Verdacht der ehelichen Untreue, Vernachlässigung von Amt und Familie, brutales Wesen. Schoss sich vor 4 Wochen im „Zustande der Aufregung und Trunkenheit“ mit einem Revolver

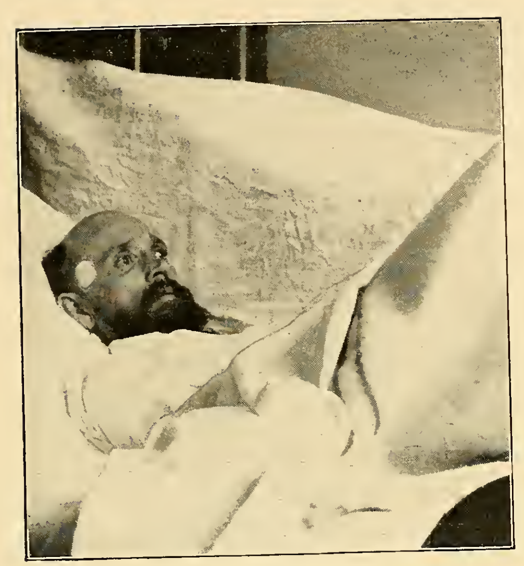


Abb. 81.

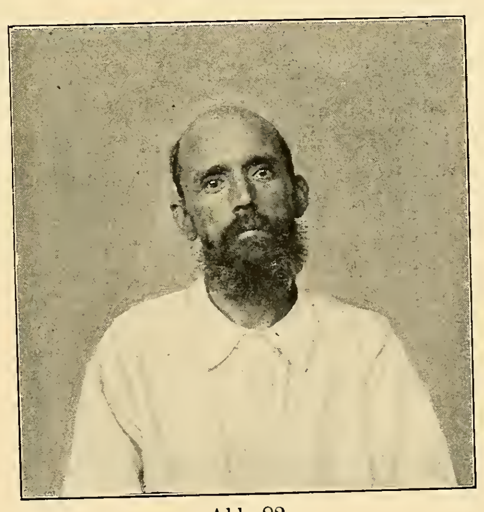


Abb. 82.

in die rechte Schläfe. Keine Gehirnerscheinungen, anscheinend kugellose Patrone. Nach seiner Aufnahme in ein Krankenhaus „verwirrt", unorientiert, amnestisch für den Suicidversuch. Glaubte, man habe ihn in eine Eisenbahn verladen und nach der Türkei bringen wollen. War meist verwirrt, konnte nur teilweise klarere und sachliche Angaben machen. Befund: Ueber der linken Lungenspitze deutliche Dämpfung, zahlreiche Geräusche. Im Sputum Tuberkelbacillen. Pupillen gleichweit, rund, reagieren auf Lichteinfall und bei Accomodation. Keine Motilitätsstörung der Bulbi. Sichere Haltung. Keine ataktischen Erscheinungen. Patellarreflexe beiderseits leicht gesteigert. Sinnesorgane normal funktionierend. Keine Störung der Sensibilität. Keine Sprachstörung. Keine auffallenden Zittererscheinungen an den Fingern. Auf psychischem Gebiet bestand Amnesie und starke Verwirrung von Erinnerungsbildern. Anfänglich schien das Rechenvermögen beeinträchtigt, bei späteren Prüfungen nicht mehr. Teilnahmloses, apathisches Wesen. Zeitweise eine Art Dämmerzustand, dann wieder lebhafter und zugänglicher. Erinnerungstäuschungen und -fälschungen. Hält an einzelnen Wahnvorstellungen zäh fest, behauptet z. B. er habe 5 (statt 4) Kinder. Ausser dem allmählich immer mehr hervortretenden Wunsch nach Entlassung keine stärkeren Affektäusserungen. Trotz Husten und Auswurf Körpergewichtszunahme von 45,7 kg auf 54 kg. Entlassung am 15. Januar 1897.

War zu Hause weiterhin krank und nach der Meinung der Angehörigen „auch noch nicht ganz zurechnungsfähig". Endete durch Suicid am 17. Juli 1897, wobei er sich wieder in die rechte Schläfe einen — diesmal tötlichen — Schuss beibrachte. Differentialdiagnostisch kamen besonders Epilepsie und Alkoholismus in Betracht.

Von den beiden Abbildungen zeigt die erste, 81, den Patienten kurz nach seiner Aufnahme in die Klinik. An der rechten Schläfe ist die Schusswunde mit Gaze bedeckt. Die Augen sind starr auf einen Punkt gerichtet. Der Gesichtsausdruck ist ein eigentümlich gespannter, zugleich depressiver.

Auf der Abbildung 82 befindet sich der Patient in Rekonvalescenz. Die Kopfhaltung ist eine schiefe, die Spannung in den Gesichtszügen ist nicht mehr vorhanden. Der Ausdruck des Gesichts ist ein zwar noch ernster, jedoch freundlicher.

Technisches: Bei der Abbildung 81 wurde seitlich von oben kommendes Tageslicht verwendet. Durch die erzielte Schattenbildung erscheint die Aufnahme plastischer, als die mit 82 bezeichnete. Bei der letzteren kam das Tageslicht von vorne und oben.

Tafel XXXXII. Abbildung 83.

Klinisches: Katatonie.

F. C. aus N., 29 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 7. April 1900.

Machte stets einen beschränkten Eindruck. Erkrankte am 2. April 1900. Man fand sie in ihrem Zimmer vor dem Bett knieend, sie schrie laut und redete ununterbrochen von religiösen Dingen. Sprach davon, sie müsse sich umbringen, versuchte sich auch den Hals zuzuschnüren. Schliesslich wurde sie, da sie nicht mehr zu halten war, ans Bett gefesselt. Sie schrie laut, äusserte, sie sei verdammt, dann wieder, sie sei Gott. Dabei in Intervallen relativer Ruhe scheinbar völlige Klarheit. Von auffallenden Handlungen werden stundenlanges Herausstrecken der Zunge und stereotypes Ausspucken erwähnt. Während der Ueberführung Neigung zu motorischen Impulsen, so dass Hilfe in Anspruch genommen werden musste. Nach der Aufnahme fielen hauptsächlich auf die wechselnden Spannungszustände der Muskulatur in einzelnen Muskelpartien und am ganzen Körper, impulsive Handlungen, starker Negativismus, Stereotypien, Iterativerscheinungen, kataleptische Haltungen, verworrenes Durcheinander von Wahnideen mit sprachlicher Verwirrung, Sinnestäuschungen. Ende Juni 1900 ungeheilt in eine Landesanstalt überführt.

Die Abbildung 83 zeigt die Patientin im Einzelzimmer. Der Kopf ist gegen die Zimmerdecke gewendet, die Augen stehen starr nach oben, der Mund ist geöffnet. Die rechte Hand liegt auf dem rechten Knie, die Finger sind weit gespreizt. Der ganze Körper befindet sich in einem starren, gespannten Zustande. Verzückter Gesichtsausdruck.

Technisches: Aufnahme bei seitlich von oben kommendem Tageslicht. Besonders am Hals tritt durch die Schattenbildung die starke Spannung gut hervor.

Tafel XXXXII. Abbildung 84.

Klinisches: Katatonie.

N. T. aus V., 53 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 8. April 1899.

Der Grossvater soll dem Trunk ergeben gewesen sein, sonst keine hereditäre Belastung. Seit 1870 verheiratet. Während einer Gravidität im Jahre 1872 schwerer Erregungszustand mit motorischer und sprachlicher Erregung. 1894 angeblich Schwellung des ganzen Körpers, dabei Verwirrtheitszustand. Beginn der jetzigen Erkrankung Februar 1899. Wollte oft das Gegenteil von dem, was die Angehörigen wollten, zeigte eine veränderte sprachliche Ausdrucksweise. Befund: Pupillen beiderseits gleich weit, reagieren auf Lichteinfall. Patellarreflexe wegen des vorhandenen Spannungszustandes schwer auszulösen, der linke deutlicher, als der rechte. Anfänglich stuporös gehemmt auf motorischem und sprachlichem Gebiete; dann mehr negativistische Symptome, anscheinend stark herabgesetzte Intelligenz. Stösst mehrfach hintereinander immer wieder dieselben Sätze hervor: „lasst mich heim zu mei' Mann, ich will heim zu mei' Vater". Zeitweilen völliger Mutismus, stereotypes Festhalten von Stellungen. Beim Anreden entfernt sie sich, senkt den Kopf, wenn man versucht, ihr ins Gesicht zu blicken. Von dem Ehemannn, der sie für gesund hält, nach Hause zurückgeholt.

Die Abbildung 84 zeigt die negativistische, ablehnende Haltung der Patientin. Der Kopf ist gegen die Brust gesenkt, die Stirne ist in starke Horizontalfalten gelegt, die linke Hand ist zur Faust geballt. Der Gesichtsausdruck ist ein feindselig-ablehnender.

Technisches: Tageslichtaufnahme im Freien, wobei das Licht mehr von links kam. Stirnfalten und Nasolabialfalten treten deutlich hervor.

Tafel XXXXIII. Abbildungen 85 und 86.

Klinisches: Katatonie.

B. Q. aus T., 19 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 22. März 1898.

Der Vater ist Potator, hat mehrere Suicidversuche gemacht. Ein Onkel des Vaters soll ebenfalls Potator gewesen sein. Patient selbst entwickelte sich regelmässig, war gutmütig, lenkam, in der Schule fleissig und begabt. War vor einigen Jahren nierenkrank. Die jetzige Störung brach vor einer Woche aus. Wollte einen Brief an Verwandte schreiben, kam aber nicht damit zurecht. Reiste dann zu seiner Mutter, war motorisch und sprachlich stark erregt, wurde in das Krankenhaus aufgenommen. Dort redete er fortwährend



Abb. 83.



Abb. 84.

in unzusammenhängender Weise, gab sich einen falschen Namen, beantwortete keine Fragen, lief umher, versuchte Gegenstände zu zerstören. Kam in starker motorischer Erregung in die Klinik. Befund: keine auf eine organische Veränderung des Centralnervensystems deutenden Symptome. Die rechte Stirnseite tritt mehr hervor, wie die linke. Auffallend lange Arme, der rechte Arm 3 cm länger wie der linke. Redet ideenflüchtig, singt, schreit, wirft das Bettzeug im Zimmer umher. Ist nicht zu fixieren. Tanzt singend und gestikulierend um den Arzt herum. Setzt sich dann manchmal auf die Kniee stützt sich mit dem Kopf auf den Boden und verharrt 15—20 Minuten in dieser Stellung. Starke sexuelle Erregung. Dabei gute Nahrungsaufnahme Am 29. März 1898 angekleidet und versuchsweise zu andern Patienten in den Tagraum gebracht. Dort anfänglich Fortdauer der motorischen Erregung. Schläft später auf einem Stuhl sitzend ein, indem er den Kopf auf einem vor ihm stehenden Tisch legt. Nach einer Stunde erwacht er, zeigt einen veränderten Gesichtsausdruck, benimmt sich geordnet, etwas schüchtern, antwortet auf Fragen, erkundigt sich nach seinen Angehörigen. In den nächsten Tagen dasselbe Verhalten, zugleich etwas depressiv. Meint, er sei es nicht wert, dass jemand um ihn herum sei, will allein in seinem Zimmer schlafen. Hat gute Schulkenntnisse, erinnert sich teilweise an die Vorgänge seit seinem Eintritt. Nimmt eine straffe, militärische Haltung an, wenn man mit ihm spricht. Allmählich völlig kataleptisch. Behält die Stellungen, welche man ihm giebt, sehr lange bei. Starrer Gesichtsausdruck. Automatische Bewegungen. Bittet alle Anwesenden kniefällig um Verzeihung, wenn er sie auf irgend eine Weise beleidigt habe. Nach einem Besuch des Vaters am 10. April 1898 erneuter Erregungszustand, der bis zur Entlassung aus der Klinik anhielt. Die Differentialdiagnose zog besonders Manie in Betracht.

Von den Abbildungen zeigt die mit 85 bezeichnete den Patienten während des beschriebenen, interkurrenten kataleptischen Zustandes. Die Haltung ist eine starre, der Kopf ist stark gehoben, der Mund ist zusammengezogen, die Nasolabialfalten sind gänzlich verstrichen. Der Gesichtsausdruck ist ein willenlos erstarrter.

Auf der Abbildung 86 ist der Patient während seines anfänglichen Erregungszustandes dargestellt. Der Gesichtsausdruck ist ein völlig anderer. Die Haltung ist eine freie, bewegliche. Der Kopf ist nach der Seite gebeugt. Der Mund ist in die Breite gezogen, die Nasolabialfalte ist deutlich sichtbar. Der Gesichtsausdruck ist ein übermütiger, heiterer.

Technisches: Die Abbildung 85 ist bei Magnesiumblitzlicht aufgenommen. Die rechte Gesichtshälfte ist nicht völlig aufgehellt. Bei der Aufnahme 86 wurde seitlich oben einfallendes Tageslicht verwendet. Durch die Schattenbildung tritt die linke Nasolabialfalte deutlich heraus, während die rechte Gesichtshälfte beinahe völlig beschattet ist.



Abb. 85.



Abb. 86.

Tafel XXXXIV. Abbildungen 87 und 88.

Klinisches: Katatonie.

D. C. aus H., 29 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 2. April 1900.

Die Tochter der Mutterschwester ist geisteskrank. Der Patient selbst entwickelte sich regelmässig, kam in der Schule mit. Diente beim Militär. Soll im Gegensatz zu seinen Geschwistern von etwas „verwilderter und verrohter Herzensbeschaffenheit“ gewesen sein. Zweimal wegen Körperverletzung bestraft. Zündete nach einem Zechgelage im Verein mit Kameraden um 1 Uhr nachts einen Holzhaufen an, wurde wegen Brandstiftung zu 18 Monaten Gefängnis verurteilt. Während der Abbüssung der Strafe Ausbruch der Geistesstörung. Er äusserte religiöse Wahnideen, betete viel. Dann Erregungszustand am 1. April 1900. Glaubte auf höheren Befehl entweichen zu müssen, verlangte von anderen, dass sie bestimmte Bewegungen machen sollten, griff einen Aufseher an und behauptete, es sei ihm dies von Gott befohlen worden. Eine Tätowierung auf dem Arm mit den Buchstaben A, C, B deutete er dahin: A heisse Adam, B : Bekehrter, C : Christus. Befund: Deutliche Patellarreflexe, Fussklonus, differente Pupillen, ziemlich weit; dieselben reagieren auf Lichteinfall gut. Heftige motorische und sprachliche Erregung. Redet ununterbrochen in eintöniger, eigentümlich manirierter Art und Weise. Wiederholt andauernd: „Ich bin der Herr, dein Gott, der dich aus Aegyptenland geführet. Ihr Spitzbuben, ihr Vagabunden, ihr werdet schon sehen, was ihr mit mir gemacht habt.“ Bei seinen Erregungszuständen zunehmende Vermehrung und Heftigkeit der Bewegungen. Völlig unsocial. Allmählich lenksamer. Beinahe zärtlich gegen den Arzt. Hält andere Patienten für Teufel, die ihn ermorden wollten. Durch äussere Vorgänge stark beeinflusst. Sinnestäuschungen: An der Wand sei ein Kerl, der ihn verspotte. Hervortreten von Haltungsstereotypien und Bewegungsautomatismen. Ungeheilt in eine Landesanstalt überführt.

Die Abbildung 87 zeigt den Kranken während eines ruhigeren Zustandes. Der Kopf ist etwas gegen die Brust gesenkt. Ueber der Nasenwurzel treten vertikale Stirnfalten hervor. Der Gesichtsausdruck ist ein abstossender, finsterer.

Auf der Abbildung 88 ist der Kranke während eines Erregungszustandes dargestellt. Er hat sich in einen Lehnstuhl zurückgelegt. Der Mund ist geöffnet. Die Augenbrauen sind in die Höhe gezogen. Der Gesichtsausdruck ist ein manisch-exaltierter.

Technisches: Die Aufnahme 87 ist eine Tageslichtaufnahme im Freien. Bei der Aufnahme 88 wurde ebenfalls Tageslicht verwendet. Dasselbe kam von vorne oben. Auf beiden Abbildungen ist das Gesicht gleichmässig beleuchtet.



Abb. 87.



Abb. 88.

Tafel XXXXV. Abbildungen 89 und 90.

Klinisches: Katatonie.

J. W. aus W., 18 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 13. Februar 1901.

Zuletzt in Untersuchung wegen Verbrechens gegen §§ 249, 57 des Strafgesetzbuches. Am 11. Februar 1901 überfiel der seither ruhige und fügsame W. ohne jede Veranlassung den Aufseher, versuchte ihn mit einem abgerissenen Brett niederzuschlagen und gebärdete sich so erregt, dass er kaum festgehalten werden konnte. Nach diesem Erregungszustand zeigten sich bei ihm Mutismus, Negativismus, Festhalten einer bestimmten Körperhaltung, Nahrungsverweigerung. Bei der Aufnahme völlig ablehnend. Schweigt beharrlich, steht mit finsterem und abweisendem Gesichtsausdruck in starrer Haltung auf einem Platz. Befund: Starke Innervation der Gesichtsmuskulatur, welche andauernd beibehalten wird. Rechtes Stirnbein mehr gewölbt, als linkes. Stark vorspringendes Hinterhauptbein. Schief gestellte Nase. Der Unterkiefer wird gegen den Oberkiefer angepresst. Allgemeine starke Muskelspannung. Patellarreflexe vorhanden. Die Pupillen reagieren auf Lichteinfall. Keine Zittererscheinungen. Bei der psychischen Untersuchung reagierte der Patient meist nur mit Kopfbewegungen, indem er entweder bejahend nickte oder verneinend den Kopf schüttelte. Spätere Prüfungen ergaben im allgemeinen erhaltene Schulkenntnisse. Bei den Fragen machte der Patient häufig auffallende Bemerkungen, wie z. B.: „Das ist eine Frage, die stellt man den Kindern, ich bin kein ABC-Schütz net“, „Das müssen's einmal an Ihren Fingern abzählen“ und ähnliches. Während der Beobachtung behielt der Kranke zunächst das ablehnende, negativistische Verhalten bei. Er war stets in derselben Haltung im Bett, zeigte andauernd dieselbe gespannte Innervation des Gesichts. Interkurrent heftige Erregungszustände. Iterativerscheinungen: ruft andauernd: „Dickkopf, Schwellkopf“. Abneigung gegen einzelne Patienten und Pfleger. Wird bei deren Anblick hochgradig erregt und aggressiv gegen dieselben, während er anderen gegenüber zugänglich und freundlich ist. Allmählich ruhiger. Schreibt „Gedichte“ grotesken Inhalts, will dieselben „herausgeben“. Beschäftigt sich. Neigt zu Neckereien seiner Umgebung; begeht auffallende Handlungen: beschmiert sich mit Tinte und tanzt halb bekleidet vor den anderen Kranken. Macht häufig drastisch-komische Bemerkungen über dieselben. Am 20. Mai 1901 von seiner Heimatgemeinde übernommen.

Auf der Abbildung 89 ist der Patient kurz nach seinem Eintritt in die Klinik dargestellt. Er liegt im Bett. Die Augen sind starr auf einen Punkt gerichtet. Der Mund ist fest geschlossen. Die starke Spannung der Muskulatur tritt besonders in den Vertikalfalten der Stirne hervor. Der Gesichtsausdruck ist ein trotziger, feindselig-abweisender.

Die Abbildung 90 schildert den Patienten während der letzten Periode seines Aufenthaltes in der Klinik. Die Spannung in den Gesichtszügen ist verschwunden, die Lippen sind nicht mehr zusammengepresst, die Augenbrauen



Abb. 89.



Abb. 90.

sind weniger genähert. Der Gesichtsausdruck zeigt eine merkwürdige Mischung von erstaunt-verwundertem und zugleich überlegen-heiterem Wesen.

Technisches: Beide Aufnahmen sind bei Tageslicht gemacht. Durch die etwas schief von oben kommende Beleuchtung auf dem Bilde 84 treten die Innervationsverhältnisse der Stirne besonders hervor. Auf der Abbildung 90 kommt das Licht von vorne oben und beleuchtet das Gesicht ziemlich gleichmässig.

Tafel XXXXVI. Abbildung 91.

Klinisches: Katatonie.

K. B. aus C., 18 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 24. Mai 1898.

Von väterlicher Seite hereditär belastet. Langsame Entwickelung. In der Schule Intelligenz und Fassungsvermögen gering. Noch nicht menstruiert. Im März häufige Kopfschmerzen, eigentümlich starres Vorsichhinblicken. Nach einem Besuch Verschlimmerung. Kam ängstlich vertört nach Hause. Weinte viel, äusserte Furcht vor Erschiessen. Weiterhin Nahrungsverweigerung: es seien Fliegen und Würmer im Essen. Fürchtete sich vor dem Alleinsein. Befund: Das gesamte Verhalten trägt den Stempel der Hemmung. Auf Fragen nach Namen und Herkunft wird nach langer Pause geantwortet, auf Fragen nach zeitlichen und örtlichen Begriffen überhaupt keine Antwort. Nahrungsverweigerung. Weiterhin weinerliche Stimmung, ängstlich gespannter Gesichtsausdruck. Stereotypien in Haltung und sprachlichem Ausdruck. Apathisch, stuporös. Völliger Mutismus. Keine Symptome einer organischen Erkrankung des Central-Nervensystems. Wahnvortellungen: meint, man beschuldige sie, gestohlen zu haben, im Bett seien Flöhe, Läuse und Wanzen. Wechsel zwischen ruhigem Verhalten und leichten Erregungszuständen. Andauernder Negativismus. Eintritt einer Remission, welche nach Angabe der Angehörigen noch im April 1900 besteht.

Die Abbildung 91 zeigt die Patientin im Zustande negativistischer Spannung. Der Kopf ist gegen den Boden gesenkt, der Blick nach demselben gerichtet. Die Lippen sind stark auf einander gepresst. Die linke Nasolabialfalte tritt scharf hervor. Der Gesichtsausdruck ist ein gespannter, widerstrebender, ablehnender.

Technisches: Tageslichtaufnahme im Freien. Durch die seitliche Beleuchtung plastisches Hervortreten besonders der linken Mundpartie.

Tafel XXXXVI. Abbildung 92.

Klinisches: Katatonie.

L. V. aus T., 41 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 16. März 1898.

Der Vater war Trinker, die Mutter, welche an einer Lungenkrankheit starb, war während derselben geistesgestört. Die Patientin machte angeblich

TAFEL XXXXVI.



Abb. 91.



Abb. 92.

im 25. Lebensjahr eine Melancholie durch. Sie heiratete im 34. Lebensjahr. Etwa einen Monat nach der letzten Entbindung Verstimmung, dann allmählich Eintritt eines ausgeprägten Krankheitszustandes. Verlor die Arbeitslust, war ängstlich-hypochondrisch, wollte nichts mehr essen, machte sich Selbstvorwürfe, sie habe sich versündigt, sei von Gott abgefallen. Zuletzt glaubte sie, schon tot zu sein, lag meist im Bett, zeigte dabei manchmal ängstliche motorische Erregung, besonders nachts. Nach der Aufnahme in die Klinik anfänglich weinerlich-ängstliche Erregung auf Grund von Wahnideen: sie sollte „zum Denkmal gemacht", geköpft werden. Schlechte Nahrungsaufnahme. Hervortreten von negativistischen Zügen. Bewegungsautomatismen. Iterativerscheinungen. Sinnestäuschungen. Motorische Unruhe. Kataleptische Zustände, stereotyper Gesichtsausdruck. Dann Neigung zu impulsiven Handlungen. Aus äusseren Gründen vom Ehemann gegen ärztlichen Rat ungeheilt aus der Klinik abgeholt.

Auf der Abbildung 92 fällt besonders die sonderbare Innervation der Stirne auf. Dieselbe ist nicht etwa eine durch scharfe Beleuchtung künstlich hervorgerufene, sondern stellt einen lange festgehaltenen Innervationszustand dar. Der Mund ist in die Breite gezogen, die Nase ist gehoben, zugleich sind die Augen halb zugekniffen. Der Gesichtsausdruck ist ein ablehnender, misstrauisch-ängstlicher.

Technisches: Tageslichtaufnahme im Freien. Das Gesicht erscheint ziemlich gleichmässig beleuchtet.

Tafel XXXXVII. Abbildung 93.

Klinisches: Angeborener Schwachsinn mit morphologischen Abnormitäten.

E. S. aus P., 21 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 14. Oktober 1895. (Vergleiche auch Sommer: Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden 1899, S. 290 und S. 348 ff., ausserdem Wreschner: Eine experimentelle Studie über die Association in einem Falle von Idiotie. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Band 57, S. 241—339.)

Die Patientin stammt aus einer erblich belasteten Familie. Sie zeigte schon frühzeitig eine mangelhafte geistige Entwickelung, wurde deshalb 4 Jahre in einer Idiotenanstalt untergebracht. Kam im Alter von 18 Jahren wieder nach Hause. Vollführte dort allerlei schwachsinnige Handlungen, beschmutzte die Wohnung mit Kot, wickelte letzteren in Papier ein und steckte ihn in Betten und Schubladen, ass übermässig viel, fügte sich Selbstbeschädigungen zu, indem sie unvorsichtig mit Feuer und Wasser umging. Befund: 140 cm grosses Mädchen. Kleiner Schädel. Stirne mittelhoch, rechtes Stirnbein mehr vorgewölbt als linkes. Nasenwurzel breit, tief gelegen. Mässiger Prognatismus, Auffallende Prominenz der Jochbögen. Fehlende Ohrläppchen. Links Strabismus convergens mit Nystagmus, Staphyloma posticum, ovale Form der Pupille. Reaktion auf Licht normal. Rechts Atrophie des Bulbus, Irido-Chorioiditis, Katarakt und obliterierte vordere Augenkammer. Pupillenreaktion träge und

TAFEL XXXXVII.



Abb. 93.



Abb. 94.

wenig ausgiebig. Die Sprache ist näselnd, beim Sprechen wird die Oberlippe rüsselartig vorgestreckt. Beim psychischen Befund lässt sich feststellen, dass die Patientin einige mechanisch eingelernte Begriffe beherrscht, sofort aber versagt, wenn Anforderungen an ihr Kombinations- und Urteilsvermögen gestellt werden. Das Gedächtnis ist entsprechend ihrem Gesichtskreis ein gutes. Seit ihrem Aufenthalt in der Klinik harmlos, gutmütig, zu einfachen Arbeitsverrichtungen zu gebrauchen.

Die Abbildung 93 zeigt besonders die morphologischen Abnormitäten bei der Patientin, die breite Nasenwurzel, den Strabismus, die Prominenz der Jochbögen. Der Gesichtsausdruck ist ein blöder, lächelnder.

Technisches: Aufnahme bei schief von oben kommendem Tageslicht. Durch die starke Schattenbildung auf der linken Gesichtshälfte erscheint die linke Nasolabialfalte etwas tiefer als sie es in Wirklichkeit ist.

Tafel XXXXVII. Abbildung 94.

Klinisches: Angeborener Schwachsinn mit morphologischen Abnormitäten.

G. S. aus B., 15 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 17. Mai 1899.

Der Vater soll Potator gewesen sein. Eine Vatersbrudertochter ist geisteskrank. Die Patientin selbst machte als Kind immer einen „blöden" Eindruck, blieb in der Schule zurück. Allmählich machte die Erziehung Schwierigkeiten, sie war eigensinnig, naschhaft, widerspenstig. Wurde in einem „Rettungshaus" untergebracht, kam dort erst recht nicht vorwärts. Bei frühzeitiger Pubertät traten bald sexuelle Züge hervor, weshalb ein weiterer Aufenthalt in der erwähnten Anstalt unthunlich erschien. Befund: Reichlich entwickeltes Fettpolster. Auf der rechten Schulter ein Naevus vasculosus. Linke untere Extremität im Bereich des Oberschenkels um 5 cm kürzer, als die rechte. Unterschenkel und Füsse normal gebildet, gleich gross. Muskulatur des linken Oberschenkels weniger entwickelt, als rechts. Niedrige Stirne. Symmetrische Schädel- und Gesichtsbildung. Patellarreflexe vorhanden. Die Pupillen von gleicher Weite, reagieren auf Lichteinfall. Sehr beschränkte Schulkenntnisse. Apathie und Mangel an Selbständigkeit. Zu einer geregelten Thätigkeit nur unter stetiger Anleitung zu verwenden.

Auf der Abbildung 94 fallen besonders die verschwommenen Gesichtszüge der Patientin ins Auge. Der Blick ist ausdruckslos nach oben gerichtet, der Mund in die Breite gezogen. Der Gesichtsausdruck ist ein blöder, stumpfer.

Technisches: Tageslichtaufnahme im Freien. Die linke Gesichtshälfte ist schärfer beleuchtet, als die rechte.

Tafel XXXXVIII. Abbildung 95.

Klinisches: Angeborener Schwachsinn.

L. Q. aus L., 13 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 2. Mai 1900.

Keine hereditäre Belastung. Wuchs bis zum zweiten Lebensjahre bei einer Verwandten auf. War als Kind wenig krank, litt nicht an Krämpfen. Schon frühzeitig machte sich bei dem Patienten eine starke Vergesslichkeit bemerkbar, so dass er die Aufträge, die man ihm gab, ungenügend oder garnicht ausführte. In der Schule lernte er sehr schlecht, nahm seinen Mitschülern Gegenstände weg. Schon frühzeitig sexuelle Gelüste, griff kleinen Mädchen unter die Röcke. Befund: Umfang des Schädels 49 cm, linkes Stirnbein mehr gewölbt, als rechtes, Tubera frontalia nahe besammen, eingedrückte Nasenwurzel. Weit abstehende grosse Ohrmuscheln. Der rechte Mundwinkel tiefer, als der linke, gesteigerte Patellarreflexe. Sehr geringe Schulkenntnisse, wusste nicht, wie viel 2×2 und $3 + 4$ ist, kannte die Hauptstadt von Deutschland nicht. Während der Behandlung anfänglich geordnet, dann reizbares, unlenksames Wesen. Erwiderte mit Schimpfworten, wenn man ihm eine Anweisung gab, wälzte sich auf dem Boden. Dabei starke Schwankungen, bald ruhig, dann wieder sehr erregt. Erwies sich als unfähig zu geregelter Arbeit.

Die Abbildung 95 zeigt den Patienten auf einem Stuhle sitzend. Der Mund ist geöffnet, so dass die Zähne sichtbar werden. Die Stirn ist besonders rechts in die Höhe gezogen, die weit abstehenden grossen Ohrmuscheln sind beiderseits sichtbar. Der Gesichtsausdruck ist ein blöder.

Technisches: Aufnahme im Freien, wobei das Licht hauptsächlich von vorne oben kam. Ziemlich gleichmässige Licht- und Schattenverteilung.

Tafel XXXXVIII. Abbildung 96.

Klinisches: Angeborener Schwachsinn.

D. T. aus V., 9 Jahre alt. Untersucht in der psychiatrischen Poliklinik am 15. Oktober 1900.

Ein Vetter des Vaters hat ein idiotisches Kind. Eltern gesund. Von vier Geschwistern ist ein Bruder Mikrokephale, ein anderer Bruder war „schwach im Kopf", starb mit $1^1/_2$ Jahren. Der Patient bekam im Alter von einem Jahr „Krämpfe". Fing mit 5 Jahren an zu gehen, konnte mit 6 Jahren noch nicht sprechen. War $^3/_4$ Jahre in einer Idiotenanstalt. Befund: Normaler Körperbau, beständiges Zucken, Schleudern und Drehen des Kopfes, rotierende Bewegungen der Hände, Schleudern der Beine. Koordinierte Bewegungen können dabei ausgeführt werden. Flacher zurückfliehender Stirnschädel, in der Mitte Crista fühlbar. Auffällige breite Nasenwurzel. Umfang des Schädels 50 cm, Frontal- und Sagittalbogen je 30 cm. Symmetrische Gesichtsbildung.

Gleichweite Pupillen. Reaktion auf Lichteinfall gut. Strabismus. Sprache deutlich. Sehr beschränkter Wortschatz, einzelne Ausdrücke kehren beständig wieder, wie; „fort, fort“, „Eisenbahn“, „der Heubach“, „Doktor“.

Auf der Abbildung 96 sitzt der Patient auf einem Stuhl. Die Unterlippe hängt nach unten, der Mund ist rechts mehr geöffnet wie links. Die Augen sind nach oben gerichtet. Der Strabismus ist deutlich erkennbar, ebenso die auffallend breite Nasenwurzel. Idiotischer Gesichtsausdruck.

Technisches: Tageslichtaufnahme bei schief von links oben einfallendem Licht. Die linke Gesichtshälfte ist mehr beleuchtet, als die rechte.

Tafel XXXXIX. Abbildung 97.

Klinisches: Primärer Schwachsinn.

B. S. aus H., 21 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 20. Dezember 1898.

Der Vater seit dem Feldzuge 1870/71 leidend, die Mutter gesund. Zwei Geschwister ebenfalls gesund. Patientin erkrankte im dritten Lebensjahr mit Krämpfen an Lungenentzündung, entwickelte sich dann regelmässig, war stets gutmütig und folgsam. In der Schule lernte sie schwer, blieb zurück. Periode regelmässig seit dem 15. bis 16. Lebensjahr. Wurde Dienstmädchen. Beginn der Krankheit seit einem Jahr. Wurde damals weggeschickt, weil sie alles verkehrt gemacht hatte. Nach vorübergehender Besserung erneuter Krankheitsausbruch. War „verwirrt“, arbeitete nichts mehr, war bald heiter erregt und lachte, bald war sie völlig still, starrte auf einen Punkt, sprach nichts. Manchmal ohne äussere Ursache erregt, schimpfte und bedrohte die Angehörigen. Vernachlässigte sich im Aeussern. Wurde gemeingefährlich, griff Nachbarkinder an und würgte dieselben. Befund: Patellarreflexe vorhanden, Pupillen gleichweit, reagieren auf Lichteinfall. Völlig gleichgiltig gegen ihren neuen Aufenthalt, heiteres, stark erotisches Wesen, lückenhafte Schulkenntnisse, eingelernte Zahlenreihen, Versagen bei schwierigeren Rechenaufgaben. Beschäftigt sich nicht, ist zeitweise stark erregt und schwierig zu behandeln. Kein Interesse für die Angehörigen. Vorübergehend zu Hause; auf Anorduung der Behörde wieder zur Klinik gebracht, da sie heftig erregt war, gemeingefährliche Drohungen ausstiess, laut lärmte.

Die Abbildung 97 stellt die Patientin in ihrer gewöhnlichen Haltung dar. Die Stirne ist gerunzelt, die Augenbrauen sind einander genähert, der Mund ist in die Breite gezogen. Der Gesichtsausdruck ist ein eigentümlich lächelnder, stumpfer.

Technisches: Tageslichtaufnahme im Freien. Das Gesicht erscheint gleichmässig beleuchtet.



Abb. 95.



Abb. 96.

Tafel XXXXIX. Abbildung 98.

Klinisches: Schwachsinn mit epileptischen Zügen.

H. M. aus M., 38 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 27. Oktober 1901.

Der Vater war geisteskrank, die Mutter starb ziemlich jung. Ein Onkel soll ebenfalls geisteskrank gewesen sein. Patient war in der Jugend ein ruhiges, scheues Kind. In der Schule lernte er schlecht. Hatte stets Neigung zum Vagabondieren. Machte in allen seinen Arbeitsstellungen Verkehrtheiten. Heiratete eine Frau mit einem unehelichen Kind. Hatte mit derselben viel Streit, lebte getrennt. Wurde vielmals wegen Ruhestörung, nächtlichen Schreiens, Sachbeschädigung, Obdachlosigkeit, Widerstands gegen die Polizei bestraft, auch mehrfach wegen „nicht völliger Geistesgesundheit“ freigesprochen. War längere Zeit in einer Irrenanstalt, entwich nach Versetzung in eine Landesanstalt aus dieser. Befund: Turmförmiger Schädelbau, rechtes Stirnbein mehr entwickelt, als linkes. Schwimmhaut zwischen dem 3. und 4. Finger an beiden Händen. Auffallend kleine Augen, Reaktion der Pupillen auf Lichteinfall ausgiebig. Patellarreflexe nicht gesteigert. Mangel an ethischer Empfindung, Selbstüberschätzung, Betonung seiner Schlauheit und Pfiffigkeit, Neigung zum Spässemachen, Freude an Hänseleien und kleinen Betrügereien. Mittelmässige Schulkenntnisse, relativ gutes Rechenvermögen. Während des weiteren Aufenthaltes regelmässig mit körperlichen Arbeiten beschäftigt, welche er unter Anleitung leidlich ausführt. Redet und schreibt sehr viel, renommiert mit seiner Schlauheit, schreibt Drohbriefe an frühere Bekannte, bemalt seine Schriftstücke mit eigentümlichen Zeichen, schmückt sich gerne. Mehrfach intercurrente Erregungszustände. Starke Körpergewichtszunahme.

Auf der Abbildung 98 ist der Patient mit dem Mittagessen beschäftigt. Der Schädel ist im Verhältnis zum Gesicht sehr hoch, die Augen sind auffallend klein. Die linke Nasolabialfalte tritt deutlich hervor. Der Gesichtsausdruck ist ein verschmitzter, pfiffiger, zugleich indolent-schwachsinniger.

Technisches: Aufnahme bei Tageslicht. Dasselbe kommt etwas schief von oben. Die linke Gesichtshälfte mehr beleuchtet, als die rechte. Durch die leichte Schattenbildung tritt die linke Nasolabialfalte deutlich hervor.

Tafel L. Abbildung 99.

Klinisches: Primärer Schwachsinn.

J. T. aus T., 46 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 25. Januar 1897.

Der Vater soll die „Nervenkrankheit“ gehabt haben, ausserdem Trinker gewesen sein. Patient lernte in der Schule sehr gut, war fleissig und lenksam. Lernte als Leineweber. War tüchtig und strebsam. Acquirierte bei der Pflege seines Vaters selbst die „Nervenkrankheit“, war schwer krank und verlor das Gehör. Etwa im 20. Lebensjahr Ausbruch der Krankheit. Kam eines Tags mit einem roten Tuch um den Kopf nach Hause, geberdete sich erregt, stiess den Kopf gegen den Ofen, schrie, sie wollten an ihn. Dann



Abb. 97.



Abb. 98.

allmählicher Eintritt eines Schwachsinnzustandes. Redete immer weniger und schlechter, wurde für taubstumm angesehen. Er arbeitete nicht mehr, trieb sich umher und bettelte die ganze Umgegend ab. Befund: keine morphologischen Abnormitäten. Völlig erloschenes Hörvermögen. Pupillen reagieren etwas träge auf Lichteinfall. Patellarreflexe vorhanden. Gesteigerte Pectoralisreflexe. Lebhaftes vasomotorisches Nachröten. Feinschlägiger Tremor der gespreizten Finger. Sitzt ruhig da und murmelt öfters mit eigentümlichen Gestikulationen unverständliche Worte vor sich hin. Völlige Reaktionslosigkeit auf akustische Reize, deutliches Verständnis für Gestikulationen und Schriftbilder. Abnorm leise Sprache, welche an die Taubstummensprache erinnert. Während des weiteren Aufenthaltes noch beobachtet: Neigung zu spielerischem Wesen, heitere Stimmung. Vorübergehend Depressionszustände mit Nahrungsverweigerung. Einmal plötzlich erregt, hob im Garten gegen einen Pfleger die Hacke. Sonst völlig social und lenksam. Spielt sehr gut Karten. Unverändert in eine Landesanstalt überführt.

Auf der Abbildung 99 fällt besonders die eigentümliche einseitige Stirninnervation auf. Dieselbe ist nicht allein durch die scharfe Beleuchtung verursacht, ondern wurde auch sonst beobachtet. Der Mund ist etwas geöffnet, die linke Nasolabialfalte ist stark ausgeprägt. Der Gesichtsausdruck ist ein blöd-verwundeter.

Technisches: Tageslichtaufnahme bei Sonnenschein im Freien. Das Licht kommt ziemlich vertikal von oben. Durch die leichte Schattenbildung scharfes Hervortreten der Gesichtsfalten.

Tafel L. Abbildung 100.

Klinisches: Primärer Schwachsinn.

L. C. aus H., 24 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 22. September 1899.

Der Vatersbruder leidet an Krämpfen. Patient lernte in der Schule schlecht. Später gonorrhoische Infektion. Weichteiltuberkulose am Rücken und dem linken Oberschenkel. „Neurasthenie.“ Zunehmende Gemütsdepression, leichte Verfolgungsideen, Lebensüberdruss, Neigung zum Selbstmord. Hemmung und Verlangsamung der geistigen Thätigkeit. Befund: Pupillendifferenz, Reaktion der Pupillen auf Lichteinfall gut. Lebhafte Patellarreflexe. Fussklonus links. Keine umgrenzten Wahnvorstellungen, apathisches, indolentes Wesen, zeitweise hypochondrische Beschwerden, sehr geringe Schulkenntnisse. Während des weiteren Aufenthaltes immer mehr zunehmende geistige Schwäche. Eigentümliche Stirninnervation, besonders beim Sprechen. Gleichgiltiges, leicht depressives Wesen.

Die Abbildung 100 ist im ärztlichen Untersuchungszimmer aufgenommen. Bei Betrachtung derselben fällt die Innervation der Stirne ganz besonders auf. Der Mund ist leicht geöffnet, die Nasolabialfalten sind nach aussen gezogen. Der Gesichtsausdruck ist ein verlegen-lächelnder, blöder.

Technisches: Tageslichtaufnahme im Zimmer. Das Licht kommt von oben und von der Seite. Gesichts- und Stirnfalten sind deutlich sichtbar.



Abb. 99.



Abb. 100.

Tafel LI. Abbildungen 101 und 102.

Klinisches: Primärer Schwachsinn.

L. D. aus J., 19 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 2. Februar 1901.

In der Familie erbliche Lungenschwindsucht. Patient litt an Rhachitis und lernte später gehen, als seine Altersgenossen. War als Kind „still und sanft". In der Schule zeigte er nur beschränktes Auffassungsvermögen, war ein kaum mittelmässiger Schüler. Herzleiden im 9. Lebensjahre. War nach der Schulentlassung in mehreren Geschäften in der Lehre, leistete immer nur wenig. Während der Krankheit eines Bruders im November 1900 fing D. an, sich auffallend zu benehmen, lachte unmotiviert, war nachts unruhig, behauptete, die Leute sprächen über ihn. Vorübergehende Besserung. Ende Januar 1901 starker Depressionszustand, weinte, glaubte er würde schwer bestraft, müsse sterben, weil er den Kaiser von Russland und den Grossherzog von Hessen nicht gegrüsst habe. Wurde sehr erregt und musste in ein Krankenhaus aufgenommen werden. Befund: Die Schädelform zeichnet sich im wesentlichen aus durch relative Kleinheit des Querdurchmessers und enorme Höhe bis zum Scheitel. Dabei sind die Scheitelbeine vom Hinterhauptsbein scharf abgesetzt. Das linke Stirnbein schwächer entwickelt, als das rechte. Besonders auffallend eine Wirbelbildung an der unteren Haargrenze links. Der harte Gaumen sehr stark gewölbt. Vitium cordis. Lebhafte Patellarreflexe, Lidklonus bei geschlossenen Augen, Pupillenreaction vorhanden. Ist über sich und seine Umgebung orientiert, zeitlich dagegen unorientiert. Mechanisch eingelernte Schulkenntnisse gut vorhanden, versagt dagegen bei Fragen, welche Nachdenken und Urteil beanspruchen. Ausserordentlich ängstlich erregt. Meint er müsse sterben, weil er nichts gelernt habe. Bittet, ihm den Kopf herunterzumachen, damit er nicht zu lange leiden müsste. Periodische Zunahme und Wiederabnahme der ängstlichen Erregung. Allmähliches Zurücktreten der depressiven Vorstellungen. Affektloses apathisches Wesen. Lacht häufig unmotiviert. Beschäftigt sich nicht, liegt ruhig im Bett und spielt mit seinen Händen. Manchmal eigentümlich manirierte Bewegungen. Kratzt sich beständig im Gesicht und am Hals. Isst nicht von selbst, muss mit dem Löffel gefüttert werden. Hilfloses, unsicheres Wesen. Bleibt mit gesenktem Kopf auf dem Platze stehen, auf den man ihn gestellt hat, schaut manchmal furchtsam um sich und reibt seine Finger aneinander. Zu Antworten schwer zu bewegen.

Die Abbildung 101 stellt den Kranken kurz nach der Aufnahme in die Klinik dar. Die Kopfform ist infolge des dunklen Hintergrundes schwer zu erkennen. Der Gesichtsausdruck ist ein ängstlicher, dabei schon etwas stumpfer.

Auf der Abbildung 102 ist der Patient in einem vorgeschritteneren Krankheitszustande dargestellt. Die Kopfform ist hier gut erkennbar. Die

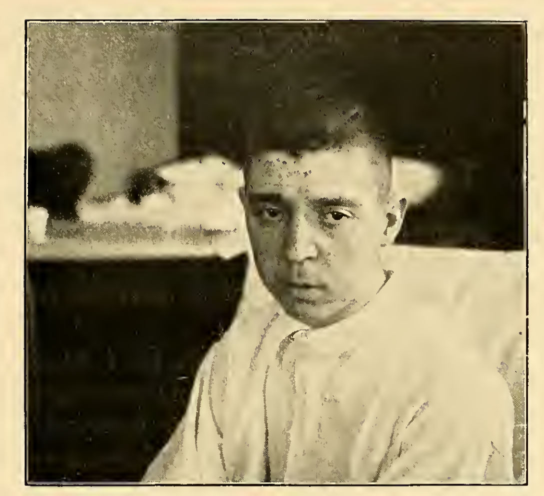


Abb. 101.

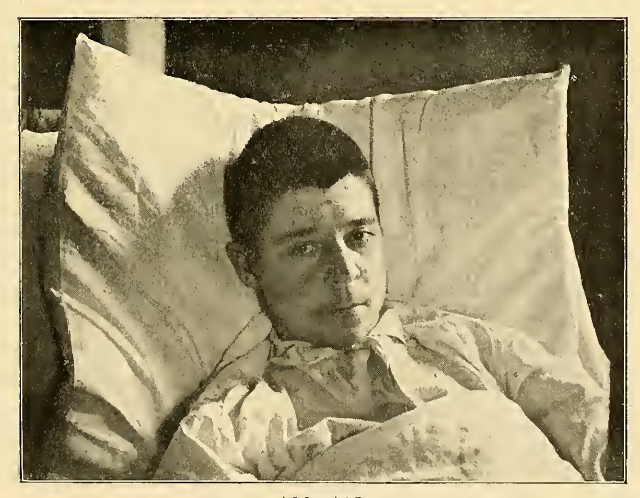


Abb. 102.

Gesichtszüge und die ganze Haltung sind im Gegensatze zu der vorher geschilderten schlaff, der Gesichtsausdruck ist ein blöder, teilnahmsloser.

Technisches: Beide Aufnahmen sind bei Tageslicht im Wachsaal angefertigt. Sowohl auf dem Bilde 101, wie auf dem mit 102 bezeichneten, kommt das Licht hauptsächlich von links oben und erzeugt durch die leichte Schattenbildung eine plastische Wirkung.

Tafel LII. Abbildung 103.

Klinisches: Primärer Schwachsinn.

L. C. aus M., 22 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 6. März 1899.

Eine Schwester des Vaters ist seit ihrem 19. Lebensjahr irrsinnig. Die Patientin entwickelte sich regelmässig, war stets gutmütig und folgsam, lernte leicht. Menstruiert im 15. Lebensjahre. Wurde Dienstmädchen. Im 18. Jahr Bleichsucht. Partus am 10. Februar. Das Wochenbett verlief normal. Begann am 4. März verwirrt zu sprechen, schlief nicht, nahm kein Essen zu sich, war stark erregt, ideenflüchtig, gab keine Antworten, liess sich nicht fixieren. Kommt im Zustande grosser Erregung in die Klinik. Befund: Rechtsseitige Mastitis. Patellarreflexe normal. Pupillen gleich weit, reagieren gut auf Lichteinfall. Enorme motorische Unruhe, unaufhörliches Reden, Iterativerscheinungen, stark erotisches Wesen, Zustände von Verwirrtheit. Nach einem operativen Eingriff am 11. März 1899 kurzdauernde Remission, dann erneuter verstärkter Ausbruch. Beeinträchtigungs-, Vergiftungs- und Verfolgungsideen. Sinnestäuschungen. Dabei meist gut über Ort und Zeit orientiert. Ende März Uebergang der erregten Stimmung in ein Stadium der Depression mit stuporösem Gepräge. Dabei interkurrente Erregungszustände. Interesseloses, apathisches Wesen. Unmotivierte Heiterkeit. Zeitweise Grimmassieren. Negativistische Erscheinungen. Stereotyper lächelnder Gesichtsausdruck. Hemmung in allen Bewegungen. Ungeheilt entlassen.

Die Abbildung 103 stellt die Patientin während des letzterwähnten stuporösen Zustandes dar. Sie widerstrebt leicht bei der Aufnahme und wird deshalb an der einen Schulter gestützt. Der Kopf ist etwas vorgebeugt, der Mund fest geschlossen. Der Gesichtsausdruck ist ein stumpfer, nichtssagender.

Technisches: Tageslichtaufnahme im Untersuchungszimmer bei von vorne oben kommendem Licht. Das Gesicht ist völlig gleichmässig beleuchtet.



Abb. 103.



Abb. 104.

Tafel LII. Abbildung 104.

Klinisches: Katatonischer Schwachsinn.

J. B. J. aus E., 28 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 28. Februar 1901.

Der Vater starb 54 Jahre alt an tuberkulöser Hirnentzündung. Der Patient war nie krank bis zum Spätjahr 1898. Er bekam damals während der Feldarbeit angeblich einen Hitzschlag, war „durcheinander", redete verwirrt, brach die Rechen entzwei, lief von der Arbeit weg. War seit dieser Zeit „missmutig", zeitweise verwirrt, arbeitete aber immer noch. Verschlimmerte sich zunehmend. Legte sich unter den Tisch, im Keller auf die Rüben. Schlief nicht, sah nachts Bilder, stellte sich einen Stock neben das Bett, sprang auch einigemal aus dem Fenster. Hieb sich häufig mit den Fäusten auf den Leib. War „traurig, düster und träge in den Gedanken". Wurde zunehmend gleichgiltig, lag meist im Bett, wusch sich nicht, war unreinlich. Weigerte sich häufig, ein Hemd anzuziehen. Stand stundenlang nackt im Zimmer, selbst wenn es kalt war. Befund: Differente, gut reagierende Pupillen, Patellarreflexe vorhanden. Geringer Tremor der gespreizten Finger. Asymmetrischer Schädel. Völlige Orientiertheit. Gute Schulkenntnisse. Auffallend gutes Rechenvermögen. Zunächst apathisches Wesen, dann vorübergehend motorische Erregung. Hypochondrische Vorstellungen. Immer mehr zunehmende Neigung zu phantastisch-abenteuerlichen Erzählungen über Löwenkämpfe, Reisen in fremden Weltteilen. Aeussert mehrfach, sein Kopf sei von Eisen u. dgl. Starker Sammeltrieb, negativistische Züge, sinnlose Handlungen: trinkt seinen eigenen Urin, beschmiert sich das Gesicht. In der letzten Zeit anhaltendes, mehrfach in der Minute stattfindendes Zusammenzucken mit der Motivierung, es stosse ihn einer von hinten.

Die Abbildung 104 ist etwa zwei Monate nach dem Eintritt des Patienten aufgenommen worden. J. hebt den Kopf ziemlich stark in die Höhe. Der Unterkiefer ist nach vorne geschoben. Gesicht und Stirne sind beinahe glatt. Der Gesichtsausdruck ist ein eigentümlich starrer.

Technisches: Tageslichtaufnahme im ärztlichen Untersuchungszimmer. Das Licht kommt von vorne oben und erhellt das Gesicht gleichmässig.

Tafel LIII. Abbildung 105.

Klinisches: Katatonischer Schwachsinn.

S. T. aus H., 30 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 28. November 1896.

Keine hereditäre Belastung. Regelmässige Jugendentwickelung. Lernte in der Schule sehr gut. Menses mit 15 Jahren. Fing im Sommer 1892 plötzlich an, irr zu reden, sang, war aufgeregt, litt an Sinnestäuschungen, war vier



Abb. 105.

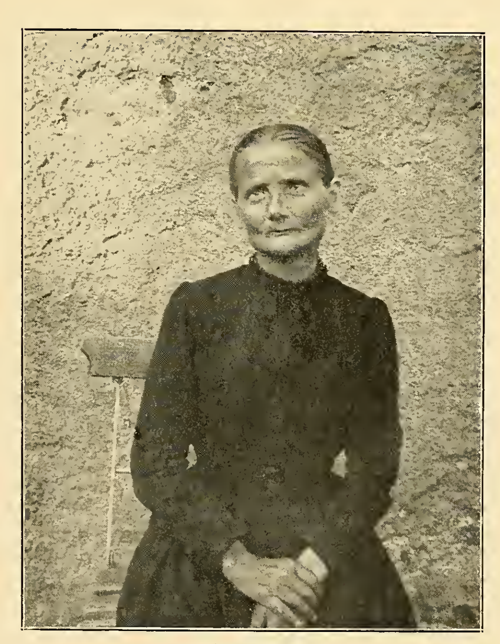


Abb. 106.

Monate in einer Irrenanstalt. Erholte sich wieder völlig. Im Nachsommer 1896 erneuter Krankheitsausbruch. War erregt. Lief einem früheren Liebhaber nach, behauptete, derselbe wolle sie heiraten und wollte sich deshalb umtaufen lassen. Befund: Gleichweite Pupillen mit guter Reaktion. Erheblich gesteigerte Patellarreflexe. Oertlich und zeitlich völlig orientiert. Weiss, dass sie sich in einer Irrenanstalt befindet, hält jedoch die Mitpatienten nicht für geisteskrank, sieht in ihnen alte Bekannte. Glaubt, sie solle als Pflegerin ausgebildet werden. Hat Sinnestäuschungen, bringt alles, was sie sieht und hört, mit ihrem früheren Liebhaber in Verbindung. Geht in zärtlicher Haltung und mit erotisch-lächelndem Gesichtsausdruck auf die Aerzte zu, sucht jeden zu umfassen, redet sie mit anderen Namen an. Schulkenntnisse und Rechenvermögen erhalten. Stetiges, stereotypes Lächeln. Spielerisches Wesen. Unfähigkeit zu jeder Arbeitsleistung, Sammeltrieb, Neigung zu allerlei sinnlosen Handlungen: wäscht sich im Kloset und ähnliches. Ungeheilt Sommer 1898 in eine Landesanstalt überführt.

Die Abbildung 105 zeigt die Patientin im Garten. Sie ist im Begriff, in der gewohnten Weise auf den Arzt zuzugehen. Der Mund ist geöffnet, der Kopf etwas nach vorne gebeugt. Der Gesichtsausdruck ist ein zärtlich lächelnder, eigentümlich erwartungsvoller.

Technisches: Tageslichtaufnahme im Garten bei von der Seite kommendem Sonnenlicht. Durch die schiefe Beleuchtung treten besonders die linke Nasolabialfalte und vertikale Stirnfalten über der Nasenwurzel deutlich hervor.

Tafel LIII. Abbildung 106.

Klinisches: Paranoia.

L. J. aus X., 48 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 1. August 1898.

Keine hereditäre Belastung. Regelmässige Jugendentwickelung. War als Kind eigensinnig und rechthaberisch. Lernte in der Schule schwer. Fiel schon frühzeitig durch Verfolgungsideen und Vernachlässigung ihrer verwandtschaftlichen Beziehungen auf. Erzählte von Anschlägen auf ihr Leben, litt anscheinend an Sinnestäuschungen und verzog aus einer Stadt, weil sie sich dort von den Leuten verhöhnt und verspottet glaubte. Allmähliche Verschlimmerung. Sah vor 5 Jahren während des Abendmahls in der Kirche einen Engel auf der Orgel sitzen. Auf den Pfarrer, der ihr dies auszureden versuchte, warf sie einen unversöhnlichen Hass. Wurde immer unsocialer, glaubte, ihre Umgebung wolle sie vergiften, meinte, man trachte ihr nach dem Leben, um ihr Vermögen zu erlangen. Befund: Keine körperlichen Krankheitssymptome. Ist zeitlich und örtlich vollständig orientiert. Beschuldigungen der seitherigen Umgebung. Anzeichen von Grössenideen. Uebertragung ihrer Wahnvorstellungen auf die neue Umgebung in der Klinik schon am zehnten Tage des Aufenthaltes, äussert besonders Vergiftungsideen. Charakterische

Abwehrhandlungen: Entfernung der Butter vom Brot, zeitweise Nahrungsverweigerung. Zunehmend feindseliges Verhalten. Bezeichnet das Pflegepersonal und besonders den Arzt als „Teufel“, glaubt, man wolle ihr den Kopf abhauen. Redet viel von ihrem „himmlischen Kinde“, das sie ebenfalls den Verfolgungen ausgesetzt glaubt. Wird unausgesetzt durch die Wahnvorstellungen in ihrem Verhalten beeinflusst. Ueberführung in eine Landesanstalt.

Die Abbildung 106 zeigt die Patientin in einer auffallenden Haltung. Die Hände sind übereinander gelegt. Kopf und Oberkörper stehen schief. Der Mund ist stark zusammengepresst. Die Stirne zeigt Vertikalfaltung. Der Gesichtsausdruck ist ein feindseliger, misstrauischer.

Technisches: Tageslichtaufnahme im Garten. Das Licht fällt dabei von vorne oben etwas seitlich auf die Patientin. Die Einzelheiten der Gesichtsinnervation treten deutlich hervor.

Tafel LIV. Abbildung 107.

Klinisches: Paranoia.

H. J. aus L., 32 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 15. Mai 1900.

Aus dem Untersuchungsgefängnis zur Beobachtung überwiesen. Befund: Mittelweite Pupillen mit guter Reaktion auf Lichteinfall. Lebhafte Patellarreflexe, deutlicher Tremor der gespreizten Finger. Selbstbewusstes Wesen. Völlig orientiert. Keine Intelligenzdefekte. Giebt an, „Stimmen“ zu hören, welche ihm Aeusserungen religiöser Natur mitteilen. Gefühle werden ihm übertragen, Zorn, Hass, Wut. Auch Geschmack kommt ihm „von aussen“, so schmeckt er z. B. Chokolade, wenn er Suppe zu sich nimmt. Ferner wird ihm die Sprache in den Mund gelegt. „Es ist eine Uebertragung, die Bibel nennt es besessen, und soviel ich aus Büchern gelernt habe, nennt es die Wissenschaft durch Peresprit verbunden sein.“ Er versteht alles, kann alles machen, könnte „jedes Fach bereichern“. Zwei Jahre hat er nicht geschlafen, konnte nicht zur Ruhe kommen, als ob er einen Löwen oder eine Hyäne in dem Magen hätte. Er ist dadurch im Innern „defekt“ geworden, hat aber die „geistige“ Freiheit. Er hat alle möglichen Maschinen erfunden, z. B. einen Todmesser, eine Maschine zur Uebertragung des Peresprit, will mit der letzteren das ganze Irrenwesen lösen. Es stellt sich heraus, dass der Patient aus einer Irrenanstalt entwichen ist, wohin er nach 2 Tagen wieder abgeholt wird.

Die Abbildung 107 zeigt den Kranken etwas von der Seite. Das Kinn ist nach vorne gehoben, der Mund ist fest geschlossen. Die Augenbrauen sind einander genähert. Der Gesichtsausdruck ist ein selbstbewusster, zugleich etwas misstrauischer.

Technisches: Aufnahme bei von vorne kommendem Tageslicht im Einzelzimmer. Das Gesicht ist gleichmässig beleuchtet.

Tafel LIV. Abbildung 108.

Klinisches: Paranoia.

Q. C. aus P., 30 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 6. Mai 1901.

Keine Heredität. Normale Jugendentwickelung. Lernte in der Schule sehr gut. Wurde Kaufmann. Seit $^1/_2$ Jahr zunehmende Reizbarkeit Beeinträchtigungsideen. Glaubte sich verfolgt und beobachtet. Drohte dem Prinzipal mit Erschiessen, wollte ihn wegen Verfolgung verklagen. Hielt sich für „elektrisiert". Befund: Die Pupillen reagieren sehr gut auf Lichteinfall. Lebhafte Patellarreflexe. Feinschlägiger Tremor der gespreizten Finger. Der Patient ist völlig orientiert, hat gute Schulkenntnisse, rechnet ausgezeichnet. Halluciniert, glaubt vom Arzt alle möglichen Fragen zu hören, die derselbe nicht gestellt hat. Glaubt, er würde an beiden Armen stark elektrisiert, ist misstrauisch gegen Mitkranke. Dissimuliert häufig. Im Anschluss an den Besuch eines Angehörigen tobsuchtartiger Erregungszustand. Erklärt sich seinen Aufenthalt in der Klinik so, dass er eine Probe damit bestehen solle. Stärkeres Hervortreten der Sinnestäuschungen. Ruft mehrfach: „Wer hier ist, der trete vor!" hört seine Frau vor der Thüre. Zeitweise Depressionszustände. Unsicheres, unschlüssiges, gehemmtes Wesen. Allmählich völlig unter dem Einfluss seiner Wahnvorstellungen. Fortwährendes Selbstgespräch. Nahrungsverweigerung. Ungeheilt in eine Irrenanstalt überführt.

Die Abbildung 108 zeigt den Patienten iu aufrechter Haltung. Der Kopf wird etwas schief gehalten. Die Stirne ist innerviert, die Augenbrauen sind in die Höhe gezogen. Der Gesichtsausdruck verrät Unsicherheit und Misstrauen.

Technisches: Aufnahme im Untersuchungszimmer bei etwas trübem Tageslicht Dasselbe kommt von vorne oben und beleuchtet das Gesicht ziemlich gleichmässig.

Tafel LV. Abbildung 109.

Klinisches: Dementia paranoides.

K. K. aus E., 25 Jahre alt. Aufnahme in die psychiatrische Klinik am 23. Dezember 1900.

Keine hereditäre Belastung. Normale Jugendentwicklung. Lernte in der Schule gut. Ist verheiratet. Hat zwei gesunde Kinder. Die Krankheit entwickelte sich allmählich seit Ende des Jahres 1898. Gab an, er sei hypnotisiert, stehe „im Bann", könne nicht mehr arbeiten, lief wiederholt plötzlich von der Arbeit weg. Arbeitete seit 14 Tagen überhaupt nicht mehr. Hörte Stimmen, die ihm seinen Tod ankündigten, glaubte sich von seinen Mitarbeitern

TAFEL LIV.



Abb. 107.



Abb. 108.

verspottet. War schweigsam, verschlossen, zeitweise auch heftig erregt. Wollte sich mit Glas den Hals abschneiden, riss Streifen von einem Betttuch ab und wollte sich daran aufhängen. Befund: Pupillendifferenz. Reaktion auf Licht vorhanden. Deutliche Patellarreflexe. Völlig orientiert, zeitlich desorientirt. Keine Defekte bei Prüfung der Schulkenntnisse und des Rechenvermögens. Hallucinationen: Hört „Faullenzer“ rufen, glaubt die Haut würde mit feinen Nadeln gestochen, wodurch das Blut aus dem Körper gehe und die Haut zusammenschrumpfe. Klagt über „Dunst“ im Zimmer. In den schriftlichen Aeusserungen völlige Dissociation der Gedanken und der grammatischen Regeln, monotones Wiederholen derselben Sätze und Ausdrücke. Starker Stimmungswechsel. Grössenideen: er sei Christus und ähnliches. Langsam zunehmende Verblödung. Gegen Ende des Aufenthaltes in der Klinik völlige Demenz. Lacht vor sich hin, spricht leise mit sich selbst, tänzelt maniriert umher, macht eigenartig gezierte Hand- und Fingerbewegungen. Ungeheilt in eine Irrenanstalt überführt.

Die Abbildung 109 ist während der ersten Zeit des Anstaltsaufenthaltes aufgenommen. Der Patient hat die Arme an den Körper angelegt und beugt den Kopf etwas nach vorne. Der Mund ist fest geschlossen. Ueber der Nase treten vertikale Stirnfalten stark hervor. Der Gesichtsausdruck ist ein finsterer, feindseliger, misstrauischer.

Technisches: Die Aufnahme ist bei Tageslicht im Untersuchungszimmer angefertigt. Das Licht kommt etwas schief von vorne oben. Die rechte Gesichtshälfte ist mehr beleuchtet, als die linke.

Tafel LV. Abbildung 110.

Klinisches: Dementia paranoides.

M. P. aus H., 34 Jahre alt. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 4. Juni 1900.

Der Vater starb frühzeitig an Schwindsucht. Eine Mutterschwester war vorübergehend irrsinnig. Der Patient zahnte unter Krämpfen, entwickelte sich weiterhin regelmässig. Lernte in der Schule gut. War immer „leicht aufgeregt“. Litt im 20. Lebensjahr dreimal angeblich an Krampfanfällen, später nicht mehr. 12 Tage vor dem Eintritt Beginn der Erkrankung. War ängstlich erregt, glaubte Leute zu sehen, welche ihn erschiessen wollten. Als er in die Klinik verbracht werden sollte, entlief er. Ging dann mehrfach zum Bahnhof, um den Kaiser abzuholen, lief im Wald umher und wollte eine „Granatenpumpe mit 50 Patronen“ ausgraben, äusserte, der liebe Gott teile ihm dies alles mit. Dabei stets die Befürchtung, man wolle ihn erschiessen. Befund: Differente Pupillen mit guter Reaktion. Patellarreflexe vorhanden. Zittern der gespreizten Finger, starke Schweisssekretion, beschleunigter Puls. War im allgemeinen orientiert, zeigte keine grösseren Intelligenzdefekte, rechnete gut im Kopfe. Erregt und nahrungsverweigernd. Starkes Hervortreten von

TAFEL LV.



Abb. 109.



Abb. 110.

Sinnestäuschungen. Hört überall Stimmen und antwortete denselben. Grössenideen: er habe die ganze Welt erlöst. Hält das Essen für vergiftet, sieht in Vorübergehenden Bekannte. Schwer lenksam. Starke Körpergewichtszunahme. Zu Beginn des Jahres 1901 ungeheilt in eine Landesanstalt überführt.

Die Abbildung zeigt den Patienten in einer seiner charakteristischen Haltungen. Er hat die Hände hinter den Kopf gelegt und hebt denselben dadurch von dem Kissen. Der Mund ist geschlossen, die Mundwinkel sind nach abwärts gezogen. Die Stirne ist stark innerviert. Die Augen sind starr auf einen Punkt geheftet. Der Gesichtsausdruck ist ein mürrischer, misstrauischer.

Technisches: Tageslichtaufnahme im Wachsaal. Das Licht kam von links vorne oben. Die Stirnfalten treten infolge der leichten Schattenbildung deutlich hervor.

Inhaltsverzeichnis.

Gedruckt bei Julius Sittenfeld in Berlin W.











